



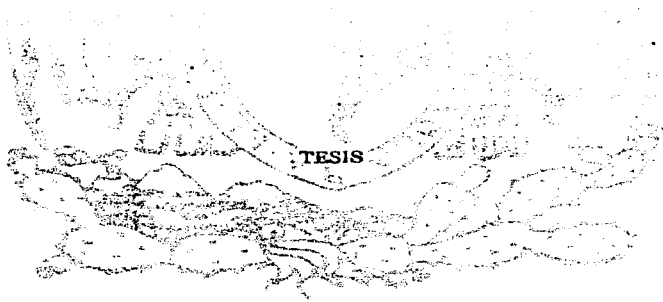
11237
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

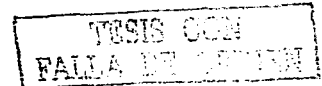
***"DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN GINECOLOGICO
EN LA ADOLESCENTE"***



QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

PRESENTA:

Dra. GABRIELA SALDAÑA OJEDA



Hermosillo, Sonora a septiembre 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

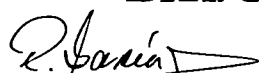
**"DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN
GINECOLÓGICO EN LA ADOLESCENTE"**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRA


PRESENTA:

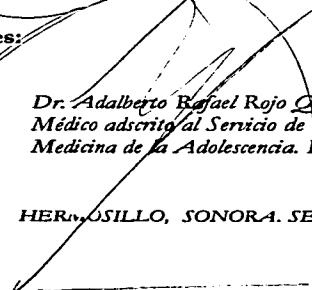
DRA. GABRIELA SALDAÑA OJEDA


~~Dr. Ramón García Álvarez~~
Director de Enseñanza e Investigación
y Profesor Titular de Curso


Dr. Norberto Soledad Cárdenas
Director General del Hospital
Infantil del Estado de Sonora

asesores:


Dra. Elba Vázquez Pizana
Jefe del Servicio de Medicina
de la Adolescencia. HIES


Dr. Adalberto Rafael Rojo Quiñones
Médico adscrito al Servicio de
Medicina de la Adolescencia. HIES.

HERMOSILLO, SONORA. SEPTIEMBRE 2003

RECIBIDO
FALLA DE ORDEN

AGRADECIMIENTOS

A DIOS...

Por la infinita capacidad de crear y dar; por la posibilidad que pone en cada uno de nosotros para acercarnos a Él. al estar en contacto con nuestros bellos pacientes....

A MIS PADRES...

Me considero tan afortunada de contar con ustedes; siguen siendo un ejemplo de lucha, y en especial, son un motor importante para que mi vida sea lo que es...

A MI ESPOSO...

Hoy y siempre eres mi maestro, mi amigo, mi compañero, mi todo; sigue siendo mi razón de ser, y enséñame el difícil camino de aplicar todo lo aprendido en esta bella carrera...

A MIS HERMANOS...

Definitivamente, son las culpables de mi felicidad, de mis logros y de todas las buenas cosas que me han sucedido en la vida...

A TI PEQUEÑO SER...

Eres la causa de mí existir; nada me hace más feliz que saber que existes.

Completas todo lo que tengo y todo lo que soy...

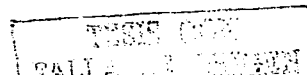
TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

A MIS NIÑOS...

Jamás pensé que un niño pudiera enseñar tanto; Dios ha hecho un milagro al ponernos juntos; nunca terminaré de agradecer la diferencia que hacen en mi vida...

A MIS ASESORES...

Dios ha de recompensar cada minuto invertido en nuestro trabajo, y estoy segura que ha de devolverlo con bendiciones a su familia; continúen con la labor tan importante que desempeñan...



“La personalidad del médico y su filosofía sobre la atención médica se considera como la más importante y abierto. Tendría que estar verdaderamente interesado en los adolescentes; primero como persona, después en sus problemas y también en sus padres. No deberán simplemente gustarle los adolescentes; sino que tendría que sentirse cómodo con ellos. Debería ser capaz de comunicarse con sus pacientes y sus padres”.

Comité para el cuidado de los Adolescentes de la Sociedad de medicina del Adolescente EE.UU.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	No. pag.
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	54
MATERIAL Y METODOS	55
RESULTADOS	56
DISCUSIÓN	78
SUGERENCIAS	92
BIBLIOGRAFÍA	93

TESIS CON
FALLA

RESUMEN

TÍTULO: Dolor Abdominal de Origen Ginecológico en la Adolescentes.

INTRODUCCIÓN: El dolor abdominal de origen ginecológico es un motivo frecuente de consulta en adolescentes que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno.

OBJETIVO: Determinar las causas y características del dolor abdominal de origen ginecológico presente en adolescentes que acudieron para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y transversal, en el periodo comprendido del 1° de enero de 1995 al 31 de diciembre de 2001 en adolescentes que acudieron con dolor abdominal de origen ginecológico. Analizando las siguientes variables: edad, antecedentes personales, tiempo de evolución, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento, hallazgos histopatológicos, complicaciones, estancia y condiciones de egreso.

RESULTADOS: Fueron 61 casos. La edad promedio fue de 16 años; provenían de medio socioeconómico muy bajo en 43 casos 55.7%; la edad promedio de presentación de la menarca fue a los 12 años; el motivo de ingreso fue el dolor abdominal en 49 casos 80.3%, de acuerdo al tiempo de evolución fue: dolor agudo 43 casos 70.4%; crónico en 12 casos 14.6%. El tratamiento fue médico en 13 pacientes; el diagnóstico encontrado en orden de frecuencia fue quiste folicular roto, quistes diversos y otros. El tratamiento fue quirúrgico en 48 casos 79%. El diagnóstico histopatológico por orden de frecuencia fue patología de ovario, embarazo ectópico, hemoperitoneo y otras; la patología de ovario presente fue cistoadenoma seroso, necrosis por torsión, quiste folicular y otras. Se presentó complicación en dos casos; la estancia promedio fue de un día y egresaron por mejoría 58 casos 95%.

CONCLUSIONES: Se requiere de manejo multidisciplinario que incluya al pediatra, ginecólogo, psicólogo y trabajadora social así como el apoyo de otras especialidades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

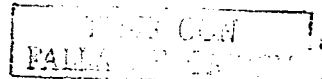
INTRODUCCIÓN

El dolor es por definición una sensación subjetiva. Se observan enormes diferencias individuales en la capacidad de tolerar el dolor. En algunas culturas se acepta estoicamente mientras que en otras es lícita su expresión abierta. También el significado subjetivo del dolor influye fuertemente en su reacción hacia él (1).

El dolor abdominal es un síntoma frecuente en la consulta en los servicios de urgencias pediátricas. Es un reto para el clínico y el cirujano, esto se explica por la complejidad de las estructuras englobadas en esta región anatómica, por su rica inervación, con componentes viscerales, simpáticos y parasimpáticos y por la multitud de cuadros sintomáticos que engloba esta definición; de la anamnesis cuidadosa y la exploración física juiciosa, de la indicación e interpretación de los estudios de laboratorio y gabinete depende un diagnóstico rápido y un tratamiento oportuno (2).

De especial importancia es el dolor localizado en hemiabdomen inferior o en la pelvis de adolescentes. La percepción de este presenta amplias variables no solo en diferentes pacientes, sino en la misma paciente en circunstancias distintas. A todo ello, hay que añadir el importante papel que los aspectos psicológicos y sociales pueden llegar a jugar en el desarrollo y perpetuación de un dolor de estas características (1).

El dolor no es un signo específico, y no se presenta aislado, y de la correcta evaluación de los síntomas que lo acompañan puede surgir una



orientación diagnóstica, que se confirmara con el examen abdominal, pélvico y métodos auxiliares. (3)

Por tratarse de un síntoma no específico y con importantes connotaciones individuales, el médico deberá hacer una correcta evaluación de los posibles síntomas y signos que lo acompañen mediante un prolijo interrogatorio, un examen abdomino-pélvico exhaustivo y los métodos auxiliares disponibles.

En los últimos años se ha logrado una notable mejoría en la aplicación de métodos de diagnóstico como lo son el ultrasonido, tomografía, análisis de datos por computadora que permiten realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Así mismo la aplicación de técnicas quirúrgicas como la laparoscopia permiten establecer tanto diagnóstico como tratamiento en un mismo evento.

De acuerdo al modelo biopsicosocial, la percepción del dolor de la paciente depende de la combinación de estímulos nociceptivos, su estado emocional y determinantes sociales concomitantes. Este modelo explica el fenómeno por el que las pacientes van cambiando los síntomas en el síndrome de dolor pelviano. Cuando se retiran los estímulos nociceptivos sin prestar adecuada atención a los aspectos psicológicos o sociales, aparecen nuevos síntomas en otro sitio (4).

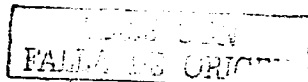
ESTADÍSTICA

En estudios realizados por Franceschi y colaboradores, sobre 9,156 adolescentes de ambos sexos, se encontró en el 37.8% de ellos el diagnóstico de dolor abdominal, de los cuales el 64.3% eran mujeres.

Heinz, estudiando 7,153 niños y adolescentes, encontró como tercera causa de consulta el dolor abdominal bajo, estando presente en el 12% de los casos.

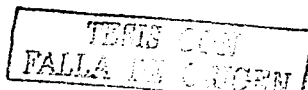
Donald Goldstein en el Children's Hospital de Boston, Massachusetts, estudiando 282 adolescentes con dolor pélvico crónico, encontró que las $\frac{1}{4}$ partes de ellos tenían patología pélvica luego de realizada una laparoscopia, siendo las causas más frecuentes: endometriosis (45%), adherencias posquirúrgicas (13%), quistes de ovario (14%), malformaciones uterinas (15%). (5)

En nuestro medio no contamos con cifras sobre la incidencia de la enfermedad pélvica inflamatoria, en los estados Unidos de Norteamérica se estima que cada año más de un millón de mujeres son tratadas por salpingitis aguda. Siendo su incidencia máxima en adolescentes y mujeres menores de 25 años. Esta afección y sus complicaciones son causa de más de 2.5 millones de consultas y más de 150,000 procedimientos quirúrgicos cada año. De 18 a 20 de cada 1000 mujeres entre 15 y 24 años de edad adquieren salpingitis cada año, siendo la salpingitis aguda a causa del 5 a 20% de hospitalizaciones en los servicios de Ginecología en Estados Unidos. (6)



Más del 25% de aquellas con antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria sufre al menos una secuela, como infertilidad, embarazo ectópico o dolor abdominal crónico. Weström informó que casi 70% de las pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria eran menores de 25 años y 33% experimentaba su primera infección antes de los 20 años. Con ajuste del denominador para incluir solo aquellas con actividad sexual, las adolescentes de 15 a 19 años tienen la incidencia máxima de enfermedad pélvica inflamatoria en comparación con otros grupos etarios. (7)

En cuanto a los tumores del aparato genital son infrecuentes en los adolescentes. Los tumores malignos del ovario constituyen alrededor del 1% de todos los tipos de cáncer en niñas menores de 15 años de edad. Aproximadamente 35% de las masas ováricas detectadas serán malignas durante la infancia y la adolescencia. (8)



FISIOPATOGENIA DEL DOLOR.-

Para comprender la complejidad del dolor abdominal recordemos brevemente las características anatómicas de la pelvis la cual forma parte baja de la cavidad abdominal, cuya forma de cono truncado soporta y protege el contenido visceral en el que se incluye la vejiga, parte terminal de ureteres, ciego, sigmoides, recto, intestino delgado, genitales internos, vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Otra parte fundamental de esta entidad es el periné, que se encuentra sobre el piso de la pelvis.

El dolor que se origina en las vísceras abdominales tiene características que lo distinguen del dolor originado en estructuras somáticas. Su localización es difusa, varía de intensidad, puede percibirse como incomodidad, tipo sordo, cólico o muy intenso, no suele estar muy bien localizado y la irradiación a las áreas somáticas coinciden con la parte del cuerpo abastecida con los mismos segmentos de la medula espinal que las neuronas sensoriales que inervan la viscera afectada. Este fenómeno se denomina **dolor visceral** o referido.

Las neuronas sensoriales que transmiten el dolor de origen visceral se asocian con la porción simpática del sistema nervioso autónomo. El dolor irradia a la región inervada por las fibras sensitivas somáticas asociadas al mismo segmento de la medula espinal que recibe las fibras sensitivas viscerales de manera que las fibras aferentes para el dolor visceral y somático hacen sinapsis en los mismos tractos de la medula espinal,

excitándose ambos cuando actúan sobre ellas impulsos de origen visceral.

(1)

El dolor que se genera en el peritoneo parietal, de tipo **somático** que puede ser leve o intenso pero que se localiza con precisión en su lugar de origen, esta inervado por fibras sensitivas somáticas de los nervios torácicos. Los nervios del sistema nervioso autónomo de la pared posterior del abdomen se forman por una porción simpática y otro parasimpático.

Los nervios simpático y parasimpático se distribuyen a las vísceras abdominales a través de un conglomerado abundante de plexos y ganglios nerviosos situados a lo largo de la cara anterior de la aorta abdominal. La porción abdominal del tronco simpático a cada lado penetra en el abdomen pasando por detrás del ligamento arqueado medial y se compone de cuatro ganglios simpáticos lumbares que se comunican entre si. Los troncos simpáticos están situados en un surco a lo largo del borde medial del músculo psoas mayor y mediante emite los nervios esplacnicos lumbares para el plexo aórtico.

En cuanto a los mecanismos de transmisión del dolor sabemos que el mensaje nociceptivo resulta de la estimulación de terminaciones libres amielínicas (nociceptores) que constituyen arborizaciones plexiformes en los tejidos cutáneos, muscular y articular, así como en las paredes de algunas vísceras. Estos mensajes son transportados por los nervios a través de fibras catalogados según su diámetro y la presencia o no de mielina, siendo las mas importantes las fibras *C y las A delta*. (1)

Después de su trayecto estas fibras aferentes llegan al sistema nervioso central por medio de las raíces raquídeas posteriores. Las fibras A delta y C terminan a nivel de las capas superficiales del asta posterior de la medula espinal. Desde aquí las fibras aferentes cruzan a nivel medular al cuadrante contralateral de la medula, formando las vías clásicas de transmisión de los estímulos nociceptivos: los fascículos espinotalámicos y espinoreticular.

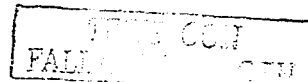
Las neuronas incorporadas en estos fascículos se encuentran en las áreas somatoestésicas primarias y secundarias de la corteza cerebral así como al giro singular de la corteza frontal. Las primeras serán responsables del componente sensorial-discriminativo del dolor mientras que el lóbulo frontal aportaría el aspecto afectivo-emocional del mismo (1).

Las terminaciones sensoriales para el dolor que se originan en los órganos internos se estimulan de varias maneras:

Por alteración en la función de un órgano o sistema: con la distensión de una víscera, la contracción del músculo liso o ambas, como consecuencia, una de la otra.

El estiramiento de la cápsula de un órgano por un proceso inflamatorio o tumoral.

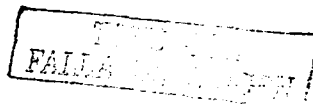
La irritabilidad peritoneal en enfermedades inflamatorias, infecciosas, disfuncionales o por presencia de tejido extraño (ovulación, adherencias o endometriosis).



Dolor por anoxia es aquel que ocurre por insuficiencia vascular o probablemente de naturaleza química ante una baja local de pH por acumulo de metabolitos ácidos (9).

Recordemos que existen varios tipos de dolor: nociceptivo (visceral y somático) y neuropático o por deaferentización originado a consecuencia de una información perturbada central o periférica. La sensación visceral denota el dolor u otros estímulos que nacen de órganos internos, y la sensación somática es la que proviene de las capas cutáneas, aponeurosis y músculos. Así el dolor visceral verdadero es profundo y difuso acompañado de respuestas reflejas autónomas y sin hiperalgesia cutánea. El dolor somático suele ser localizado y superficial identificándose dentro del dermatoma y con hiperalgesia cutánea. Podemos añadir además que los genitales internos (ovarios y la membrana peritoneal), las trompas, útero, fondos de saco vaginales y las cuatro quintas partes de la vagina son ricas en fibras musculares lisas e inervadas por el sistema nervioso autónomo. (1)

El **dolor neuropático** tiene características muy diferentes a las descritas en el dolor somático y visceral. Este dolor es de tipo ardoroso, con sensación de quemadura, alteración de la sensibilidad propioceptiva o de toque eléctrico, y se debe a lesión del sistema nervioso periférico o central. Este daño del sistema nervioso somato-sensitivo puede deberse a lesión neurodegenerativa, destructiva, compresiva o por lesión central (medular o supratentorial). (9)



CLASIFICACION DEL DOLOR.-

Para fines de estudio se ha dividido al dolor abdominal en agudo y crónico, de acuerdo a su tiempo de evolución y su presentación. El que nos motiva la revisión es el de origen ginecológico tanto agudo como crónico.

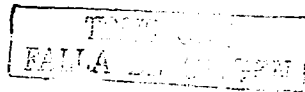
El **dolor abdominal agudo** es aquel que por sus características requiere de tratamiento enérgico debido a la intensidad de los síntomas y la posibilidad de que haya un trastorno que pone en peligro la vida. El **dolor abdominal crónico** se refiere a los ataques recurrentes o persistentes de dolor que ocurren en un periodo mínimo de 6 meses, con o sin comprometer las actividades diarias de la paciente. (10).

Y puede ser cíclico o acíclico según se manifieste en relación o desvinculado de la menstruación.

En términos generales, la mayoría de las crisis abdominales agudas tienen su origen en enfermedades de vísceras intraperitoneales; en ocasiones, sin embargo, no son mas que la expresión de afecciones de otros sistemas (neumonía, pielonefritis) o una manifestación local de una enfermedad generalizada (fiebre reumática, diabetes, etc.) (3).

Hay que recordar que existe una gran variedad de afecciones no ginecológicas, aisladas o conjuntas que pueden producir dolor abdominal pélvico, y debemos tenerlas presentes como diagnósticos diferenciales.

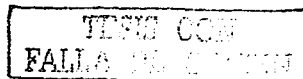
En el cuadro uno se observan las características del dolor orgánico y funcional. (3)



Cuadro 1

**CARACTERISTICAS DIFERENCIALES ENTRE DOLOR ABDOMINAL
ORGANICO Y FUNCIONAL**

DOLOR	ORGANICO	FUNCIONAL
Naturaleza	Constante	Inconstante, con frecuencia variable.
Localización	Tiende a permanecer en	Tiende a variar a veces no se puede el mismo sitio. describir bien.
Ocurrencia en el día	Puede ser repetitivo, ocurre en similares circunstancias.	Frecuencia muy variable o claramente relacionado con estrés.
Efectos sobre el sueño	Puede despertarlo (episodios nocturnos)	Rara vez lo despierta.
Precipitantes	Pueden ser específicos (ejemplo, las comidas)	Tiende a no ser específico (relacionado con el estrés)
Calmantes	Puede haber medidas específicas (antiácidos)	Rara vez mejora con otra medida que no sea el reposo y la evolución.
Tiempo entre inicio de los síntomas y búsqueda de ayuda	Usualmente pocas	Comúnmente dura meses o años.
Impacto en la actividad diaria	Frecuentemente serias interferencias	Puede interferir pero con frecuencia no ocurre.
Grado de preocupación del paciente	Alto	Variable, puede ser indiferente.
Efecto sobre el peso	Puede haber pérdida evidente.	Rara vez puede demostrarse pérdida de peso.
Síntomas asociados	Tiende a relacionarse a un órgano o sistema, con patología subyacente.	Comprende múltiples órganos y sistemas, sin correlación con principios fisiopatológicos.



DOLOR ABDOMINAL AGUDO DE ORIGEN GINECOLÓGICO.-

Para estudiarlo de forma operativa, en función al síntoma dominante separaremos al dolor abdominal agudo de origen ginecológico en: Hemorrágico, Infeccioso, Mecánico e Iatrogénico.

El síndrome hemorrágico puede subdividirse según su sitio de origen en:

OVARIO:

- Foliculo o cuerpo luteo sangrante
- Embarazo ectópico ovárico
- Rotura de quiste endometriósico
- Rotura de vaso en superficie tumoral
- Ulceración de un tumor sólido secundaria a torsión

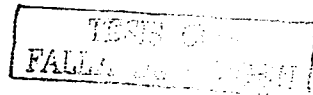
SALPINGE:

- Embarazo tubárico
- Salpingitis hemorrágica secundaria a torsión

UTERO:

- Perforación uterina
- Menstruación retrograda
- Hematometra (5)

El Síndrome Mecánico se caracteriza por la torsión de un pedículo, comprometiéndose los elementos como lo son arteria, vena y nervio, produciendo inicialmente éxtasis venosa y luego el infarto del tejido comprometido con la consiguiente necrosis tisular.



La torsión anexial puede involucrar trompa, ovario o ambos. Es fundamental considerar que:

- Los tumores mas factibles de presentar este fenómeno son los de tamaño mediano, ya que los pequeños, debido a su movilidad, tienen poca posibilidad de torsionarse y los de gran tamaño se encierran en la pelvis.
- Los endometriomas, por su fijeza, no se contorsionan.
- Las variedades mas frecuentes de tumores que sufren torsión son: cistoadenomas y teratomas adultos quísticos, los cuales describiremos mas adelante.

La torsión puede ocurrir de tres formas: lenta y crónica, en varios tiempos y de forma brusca.

El síndrome iatrogénico se refiere a aquel que se presenta como causa de algún tratamiento medico o quirúrgico y ejemplo de ello son:

- La perforación uterina que puede ocurrir por histerometrias, al colocar DIU o durante el legrado uterino.
- La hiperestimulación ovárica que ocurre secundario inductores de la ovulación hay que tenerla en cuenta aun cuando es poco frecuente en adolescencia.

En cuanto al síndrome infeccioso tenemos a la enfermedad pélvica inflamatoria como la principal, la cual abordaremos con mayor detalle más adelante (5)

A continuación mencionaremos las características de las causas de dolor abdominal agudo de origen ginecológico.

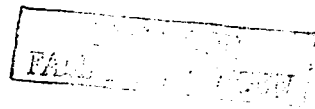
HEMOPERITONEO.-

Es infrecuente en menores de 17 años y puede originarse en el ovario o en las trompas de Falopio. El dolor nunca falta. En la ruptura folicular es mediana intensidad y corta duración, y, muy raramente se irradia. Generalmente se produce en la mitad del ciclo menstrual, entre el 12° y 16° día del ciclo.

El dolor del cuerpo amarillo hemorrágico o el de ruptura de un quiste luteínico aparece, en cambio, en cualquier momento de la segunda fase del ciclo; tiende a localizarse por debajo del punto de Mc.Burney, puede ser periódico y dura dos o tres días. Puede ser pungitivo al inicio y hacerse continuo o de tipo cólico y dependiendo del volúmen del hemoperitoneo, irradiarse al muslo, al recto o a la vejiga.

El cuerpo amarillo quístico provoca dolor de grado moderado, en cualquier momento; pero habitualmente en los últimos días del ciclo. Si se rompe, el dolor puede ser sobreagudo y simular un embarazo ectópico roto, puesto que en ocasiones causa una menstruación retrasada y puede palpase una "tumoración" en uno de los fondos de saco vaginales.

La ubicación del dolor es mas frecuente en fosa iliaca derecha, aun en aquellos casos en que la ruptura ocurre del lado izquierdo, y se encuentra por debajo del punto de Mc. Burney, siendo la sensibilidad menor que en



la apendicitis. La palpación abdominal revela discreta defensa y ausencia de contractura.

Aparece mas a menudo en vírgenes y, con frecuencia es precedido de antecedentes similares, pero más atenuados. El examen genital no ofrece datos significativos y la prueba de embarazo es negativa. (Elverdín y Rojo, 1965)

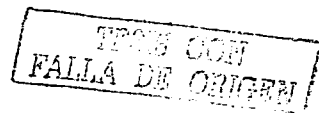
Su tratamiento depende de la intensidad de la hemorragia y de los síntomas asociados. Si la hemorragia es escasa con sintomatología atenuada se mantendrá conducta expectante, seriando hematocrito.

Las hemorragias foliculares casi siempre se cohiben espontáneamente, al igual que algunos cuerpos lúteos hemorrágicos. La ruptura de un quiste luteínico casi siempre requiere cirugía. (3)

EMBARAZO ECTÓPICO.-

El embarazo ectópico debe de ser considerado en el diagnostico diferencial de la adolescente con dolor pélvico, especialmente si tal dolor se asocia a sangrado uterino anormal o amenorrea. Debemos tener en cuenta que la paciente puede acudir a consulta en tres momentos de su evolución: 1) antes de la complicación, 2) durante la pequeña complicación y 3) durante o después de la gran complicación.

En la primera etapa el diagnostico es difícil dado que no es común que consulten en este tiempo, se puede presentar un dolor vago, indefinido, en ocasiones tipo cólico, en una de las fosas iliacas.



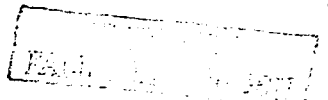
En la segunda etapa el interrogatorio nos proporcionara la triada sintomática de metrorragia, dolor y lipotimias, y al examen genital la existencia de una masa anexial, dolorosa a veces de difícil reconocimiento y el intenso dolor que despierta la presión del saco de Douglas con vientre blando -signo de Proust previamente comentado.

El dolor se localiza primitivamente en la fosa iliaca correspondiente a la gestación ectópica, con características variables de acuerdo a su patogenia. Puede ser referido como un dolor sordo, gravativo, que no cede con el reposo y es resistente a los analgésicos comunes. Este es determinado por la distensión de la trompa. Otras veces es de carácter espasmódico o de tipo cólico, producto de las contracciones tubáricas para eliminar su contenido, y será de carácter pungitivo, urente, si se llega a romper.

El sangrado producido por la descamación de la decidua uterina, es escaso, de color oscuro, como borra de café, y se mantiene en forma continua o con pocas interrupciones, durante todo el proceso. En ocasiones se presenta en forma pseudoabortivo, por la eliminación en bloque de la decidua.

La lipotimia se traduce por los mareos leves que pueden repetirse a intervalos variables o por la pérdida fugaz del estado de alerta, con palidez, sudoración fría y taquicardia. Acompañando siempre al dolor.

El examen abdominal revelara ausencia de contractura, pero si defensa a la palpación profunda de ambas fosas iliacas, y el útero estará



reblandecido, con un fondo de saco doloroso, u ocupado por una masa blanda, también dolorosa, de limite indefinidos.

La prueba de embarazo tiene valor al ser positiva, pero su negatividad no invalida el diagnostico. La culdocentesis siempre se impone y, si es positiva, obliga a una laparotomía inmediata (12)

En la tercera etapa se encuentra la misma sintomatología pero se agregan signos de irritación peritoneal y hemorragia interna. El dolor aparece súbitamente, es agudo, lancinante, la paciente puede definirlo como sensación de desgarró interno. Se localiza en una fosa iliaca o en el hipogastrio, y se irradia a la cadera o al ano y hacia el hombro derecho por irritación del nervio frénico que provoca el hemoperitoneo. Las lipotimias son mas frecuentes e intensas y el sangrado uterino esta presente. La irritación peritoneal se puede manifestar como pujo y tenesmo rectal, polaquiuria, dolor al final de la micción, nauseas y vomito, ansiedad y estados lipotímicos. En cuanto a los signos de hemorragia podemos encontrar palidez de piel y mucosas, sudoración fría, hipotermia, taquicardia, pulso filiforme, hipotensión y oliguria. A la exploración el abdomen puede parecer abombado por el ileo reflejo y el hemoperitoneo. Al examen genital encontramos el fondo de saco de Douglas doloroso y abombado.

Laboratorialmente podemos encontrar hematocrito por arriba del 30% en la mayoría de los casos, la formula blanca aunque tiene poco valor



diagnostico usualmente la encontramos entre 10,000 y 15,000. La prueba de embarazo preferible es la fracción Beta-HCG en suero (13).

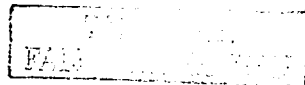
La ultrasonografía ayuda a diagnosticar de manera confiable un embarazo intrauterino, cuando la cifra de β -HCG cuantitativa es mayor que un limite definido, conocido como zona discriminatoria, por lo general de 1500 a 2000 mUI/ml para la ultrasonografía transvaginal y 6500 mUI/ml para la transabdominal. Cuando no se observa embarazo intrauterino, son posibles tres diagnósticos: embarazo ectópico, intrauterino normal temprano o intrauterino anormal con perdida gestacional en es momento o en el futuro cercano (3).

Entre la fase de pequeña y gran complicación existen una serie de cuadros intermedios cuya sintomatologia, no muy precisa, nos obliga a diagnósticos diferenciales sobre todo con el aborto, rotura de un quiste folicular o luteínico, anexitis, torsión anexial y apendicitis.

El tratamiento es siempre quirúrgico, a través de laparotomía, y una vez realizada esta la conducta dependerá de si la trompa esta fisurada o desgarrada (3).

TORSIÓN ANEXIAL.-

El cuadro clínico se puede presentar por torsión de un anexo sano, lo cual es sumamente infrecuente o por torsión secundaria a la presencia de tumores. En muchas ocasiones tienden a ser intervenidas quirúrgicamente con el diagnostico erróneo de apendicitis, dado que el cuadro clínico es muy semejante. Es sabido que los quistes y tumores de ovario tienen



mayor tendencia a la torsión en las niñas y adolescentes que en las mujeres adultas, tal es así que Huffman (1981) establece que la torsión del pedículo ocurre en el 30% de los tumores de ovario en esas edades.

Típicamente estas pacientes presentan dolor abdominal intenso, con exacerbaciones cólicas, a menudo acompañado de síntomas vagales como la hipotensión, náuseas, vómitos y duración, que no coinciden con el examen físico local, ya que el abdomen suele ser blando, depresible y habitualmente no hay rebote (14).

El íleo de carácter reflejo, se evidencia por el timpanismo a la percusión y el silencio auscultatorio.

Este cuadro agudo puede retroceder y quedar solo como antecedente ante un segundo o tercer episodio, si a la torsión incompleta le sucede la completa, en cuyo caso, a los síntomas mencionados se les agregan datos de shock como la palidez, taquicardia, sudoración fría, hipotermia distal. La temperatura comienza a ascender poco a poco para mantenerse alrededor de los 38.5°C, mientras no se extraiga el tumor. La fiebre se produce por el infarto hemorrágico y la necrosis tisular del anexo afectado (3).

El ultrasonido abdomino-pélvico nos permite visualizar el tumor hipoeoico, quístico y la ecografía con doppler-color puede ser de utilidad para ver la falta de flujo, aunque esto no siempre es factible.

El tratamiento quirúrgico de elección es la laparoscopia que permite la visualización directa del anexo comprometido, la destorsión del mismo y la

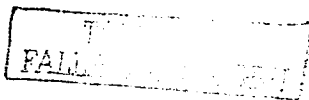
resección en caso de considerarse irrecuperable. Aun existe controversia sobre la destorsión y fijación del anexo por el riesgo de que se produzca embolia (11).

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA.-

La enfermedad pélvica inflamatoria aguda consiste en la infección del útero, trompas de Falopio y estructuras pélvicas adyacentes, no asociadas con cirugía o embarazo. También es conocida como **salpingitis**. El término enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es impreciso, ya que la inflamación no necesariamente es consecuencia de infección. Debería reemplazarse por terminología más específica como salpingooforitis aguda, piosalpinx con peritonitis pélvica, y absceso tubo-ovárico agudo.

Ya se tienen identificados con claridad factores que son determinantes importantes en el desarrollo de la salpingitis aguda; las adolescentes sexualmente activas tienen tres veces más riesgo de desarrollar EPI que las mujeres sexualmente activas entre 25 y 29 años de edad.

Las adolescentes son más susceptibles a desarrollar salpingitis aguda debido a que el epitelio columnar endocervical se extiende más allá del endocérvix (llamado ectopia cervical), la que produce una gran área cubierta por epitelio columnar y escamocolumnar que es más susceptible a las infecciones por *Chlamydia trachomatis*. La *C. trachomatis* parece no crecer en las células escamosas del exocérvix y la vagina. También se tiene



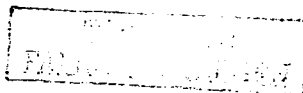
identificado con claridad que mujeres que tengan numerosos compañeros sexuales exhiben mayor riesgo de sufrir salpingitis aguda.

En el cuadro 2 se mencionan los factores de riesgo que ocasionan la enfermedad pélvica inflamatoria: (13)

Cuadro 2

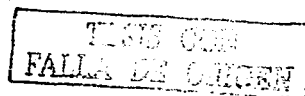
VARIABLES QUE AFECTAN EL RIESGO EN EPI
Factores de alto riesgo para EPI:
• Adolescencia
• Menstruación reciente
• Múltiples parejas sexuales
• Compañero sexual con uretritis o ETS asintomática
• Episodio previo de EPI o ETS
• Inserción reciente de DIU en pacientes con cervicitis
Factores de riesgo disminuido para EPI:
• Monogamia
• Uso de anticonceptivos orales
• Métodos de Barrera
• Uso de espermicidas

En cuanto a la etiología y patogenia, la mayoría de casos documentados de EPI son causados por *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae*. Otras especies bacterianas, incluyendo aerobios y anaerobios, han sido aisladas del endometrio y de las trompas de Falopio



El canal endocervical y el moco cervical presentan la mejor barrera protectora para el endometrio y tracto genital superior contra infección por la flora vaginal. La infección por *C. Trachomatis* y *N. gonorrhoeae* lesiona el canal endocervical alternando estas barreras protectoras, permitiendo así la infección ascendente.

El ascenso de microorganismos ocurre también por pérdida del mecanismo de depuración de las células epiteliales ciliadas tubáricas y uterinas; el daño del epitelio endocervical permite la invasión por flora vaginal. Experimentalmente se ha comprobado transporte bacteriano entre el endocérvix, el endometrio y las trompas. En el cuadro 3 especificamos las bacterias tanto aerobias y anaerobias presentes en la enfermedad pélvica inflamatoria. (6)

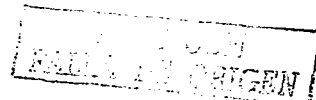


Cuadro 3.

GÉRMENES ENCONTRADOS EN LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA.

GERMENES AISLADOS EN EPI	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Bacterias aerobias	Bacterias anaerobias
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gardenella vaginalis</i> • Enterobacterias gram negativas • E. Coli • <i>Proteus mirabilis</i> • <i>Klebsiella</i> • <i>Estreptococo grupo B</i> 	<input type="checkbox"/> <i>Peptostreptococcus</i> <input type="checkbox"/> <i>Bacteroides</i> <i>Mycoplasma hominis</i> <i>Ureoplasma urelyticum</i> <i>Actinomyces israeli</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>

El diagnóstico. El dolor abdominal bajo es el síntoma más frecuente en pacientes con salpingitis aguda demostrada por laparoscopia. La mayoría de las pacientes con salpingitis aguda presenta sensibilidad anexial, fiebre y secreción vaginal anormal acompañada de dolor abdominal; otras patologías pueden dar estos hallazgos. El dolor abdominal, con o sin rebote, se halla en el 99% de los casos de salpingitis aguda, pero este signo puede presentarse en un gran número de entidades diferentes a la salpingitis. El dolor abdominal de la salpingitis es usualmente bilateral y bajo; hay dolor a la



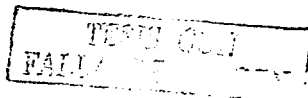
movilización del cérvix y del útero, y sensibilidad anexial; en ausencia de estos signos y síntomas no están presentes debe pensarse en otro diagnóstico. El frotis de la secreción cervical coloreado con gram es poco confiable por causa de la baja sensibilidad en pacientes con gonorrea asintomática. (13)

Los criterios clínicos para el diagnóstico de salpingitis son:

- a. Dolor abdominal con o sin rebote.
- b. Sensibilidad a la movilización del cérvix.
- c. Sensibilidad anexial.

Los tres criterios anteriores son necesarios para establecer el diagnóstico, con uno o más de los siguientes:

- a. Extendido de Gram de endocérvix positivo, para diplococos gram negativos intracelulares
- b. Temperatura mayor de 38° C
- c. Leucocitosis (mayor de 10.000 por c.c.)
- d. Material purulento (positivo para leucocitos) en la cavidad peritoneal obtenido por culdocentesis o laparoscopia.



Establecido el diagnóstico clínico de EPI, se debe hacer la definición del estado clínico y anatómico de la patología pélvica:

a) No complicada (limitada a trompas u ovarios)

1) Sin peritonitis pélvica

2) Con peritonitis pélvica

b) Complicada (masa inflamatoria o absceso que compromete trompa (s) u ovario (s))

1) Sin peritonitis pélvica

2) Con peritonitis pélvica

c) Diseminada a estructuras más allá de la pelvis y/o ruptura de absceso tubo-ovárico.

No hay signos y síntomas patognomónicos que den seguridad completa al diagnóstico de una salpingitis aguda; tampoco existen exámenes paraclínicos que lo aseguren. Hay algunas patologías pélvicas con las que más frecuentemente debe hacerse el diagnóstico diferencial: embarazo ectópico, quiste ovárico con hemorragia o torsión, apendicitis aguda, endometrioma roto, cuerpo lúteo hemorrágico (14).

Dentro de los estudios de diagnóstico de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda se incluyen: la prueba de embarazo buena sensibilidad, Biometría Hemática completa, VSG, Proteína C reactiva Cultivo de cérvix para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, Prueba de antígeno para *Chlamydia*, Cultivo endometrial, Cultivo de trompas uterinas, Cultivo de líquido de fondo de saco de Douglas, Laparoscopia, Ecografía pélvica, biopsia endometrial.

El estándar de oro para el diagnóstico de EPI es la laparoscopia, ya que además de visualizar directamente los órganos pélvicos, permite la toma de muestras para estudios bacteriológicos. Los criterios laparoscópicos para el diagnóstico de EPI, se describen en el cuadro 4 (13)

Cuadro 4

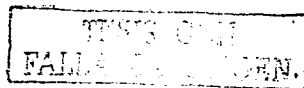
CLASIFICACION LAPAROSCOPICA DE LA EPI	
Leve	Eritema, edema, las trompas se mueven libremente. No hay exudado purulento.
Moderada	Eritema, edema mas marcado, material purulento evidente. No hay movimiento libre de las trompas. La fimbria puede no ser evidente.
Severa	Presencia de piosalpinx y/o absceso

El manejo médico de la EPI en caso de que el cultivo sea positivo para gonococo son opciones:

Penicilina G procaínica 4.8 millones divididos en 2 dosis en cada glúteo.

Probenecid 1 gr VO más doxiciclina 100 mg VO c/12h por 10 a 14 días o tetraciclina 500 mg VO c/6h por 10 a 14 días.

Si en 48 horas no hay mejoría: espectinomicina 2 gr IM o cefoxitin, 2 mg IM, seguido de doxiciclina o tetraciclina por 10 a 14 días.

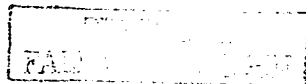


Dentro de los criterios de hospitalización de la EPI se incluyen:

- a. Sospecha de embarazo
- b. Temperatura $\geq 38^{\circ}$ C
- c. Leucocitosis mayor de 16000
- d. Intolerancia al antibiótico oral
- e. Peritonitis
- f. Diagnóstico no aclarado
- g. Fracaso en el tratamiento ambulatorio
- h. Presencia de DIU
- i. Adolescentes

El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellas pacientes en las que se sospecha la presencia de absceso pélvico, y que presentan las siguientes características: abdomen agudo, shock séptico, bacteremia persistente, falla del tratamiento conservador (48-72 horas), bacteremia, fiebre, peritonitis e íleo persistentes, tumoración creciente, anomalías de laboratorio persistentes, pacientes sin deseo de fertilidad.

El tratamiento farmacológico del absceso pélvico combina los siguientes antibióticos: clindamicina 900 mg IV c/8h o metronidazol 1 gr IV c/12h, más gentamicina 2 mg/kg dosis inicial, seguida de 1.5 mg/kg c/8h. Hay estudios que refieren la asociación entre aztreonam más clindamicina con un índice de curación hasta del 97.7%. (6)



El tratamiento quirúrgico debe ser lo más conservador posible. Es norma realizar colpotomía posterior si hay absceso del fondo de saco de Douglas. La ruptura del absceso con peritonitis generalizada, debe considerarse y tratarse como una emergencia quirúrgica; generalmente histerectomía abdominal total, con Salpingooforectomía bilateral. (6)

Dolor pelviano agudo extraginecológico.-

Muchas veces, el dolor pelviano agudo es irradiado y proviene de otras localizaciones extraginecológicas. Es nuestro deber, entonces, realizar los diagnósticos diferenciales con:

Dolor de origen torácico:

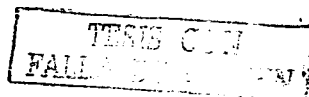
Cardiovascular:	Pericarditis
Pleuropulmonar:	Neumonía bacteriana aguda
	Pleuritis
	Neumotórax
	Infarto embólico pulmonar

Dolor de origen Parietal:

Virosis: Herpes Zoster
Hematoma de vaina:
rotura del músculo recto anterior
Traumatismos:
desgarros musculares

Dolor de origen renal:

Litiasis renal
Estenosis ureteral Idiopática
Malformaciones
Malposiciones
Pielonefritis
Absceso perirenal
Cistitis
Uretritis



Dolor de origen nervioso: Epilepsia abdominal
Psicosomático

Dolor de origen Inmuno-infeccioso: Reumatismo poliarticular agudo
Lupus eritematoso
Adenitis mesentérica

Dolor de origen hematológico: Leucemia aguda
Anemia hemolítica aguda

Dolor de origen gastrointestinal: Apendicitis
Colon irritable
Sigmoiditis
Enfermedad de Crohn
Ileitis
Parasitosis
Colecistitis aguda
Invaginación intestinal
Encarceración herniaria
Infección del Divertículo de Meckel

Dolor de origen toxico: Este dolor se desencadena por desequilibrios hidroelectrolíticos, debido a reacciones pancreáticas, por hipersensibilidad del plexo solar o por cambios sensitivo-motores de la musculatura lisa gastrointestinal. Puede deberse a intoxicaciones endógenas (acidosis diabética, hiperlipemias familiares, porfiria aguda) o exógenas (plúmbica, aracnoidismo).

Dolor por alteraciones siquiátricas y abuso sexual:

Depresión

Somatización

Hipocondriasis

Dependencia de drogas

Abuso sexual

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO

Para propósitos prácticos el dolor abdominal crónico se refiere a cursos persistentes o recurrentes de dolor que ocurre en un periodo mínimo de seis meses con o sin compromiso de las actividades diarias de la paciente. Es un síntoma común en la adolescencia, que trae como consecuencia una alta deserción escolar, ingesta excesiva de analgésicos e inquietud en el medio familiar que trata de encontrar respuestas con consultas medicas en distintas especialidades, sin hallar, en la mayoría de los casos una satisfactoria explicación.

En cuanto a sus causas puede dividirse al igual que el dolor abdominal agudo en:

Infeciosas: enfermedad pélvica inflamatoria

Tumoral: de tipo benigno y maligno

Mittelschmerz

Dismenorrea: Idiopática o

Secundaria:

Endometriosis

Varicocele pélvico

Malformación

Factor adherencial:

posquirúrgico o postinfección

Mecánica:

uso de dispositivo intrauterino

Causa infecciosa.-

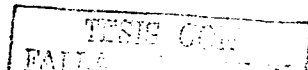
Su principal exponente es la enfermedad pélvica inflamatoria, que muchas veces es asintomático y otras manifiestan un dolor pélvico crónico de muy difícil resolución, producto del proceso plástico adherencial a nivel de ambos anexos.

Causa Tumoral.-

Tanto los tumores benignos (quistes foliculares persistentes, cuerpo amarillo quístico, cistoadenomas, endometrioma, teratoma, etc.) o malignos (cistoadenomas, teratomas de la granulosa, de células de Sertoli, disgerminomas, carcinoma embrionario, etc.) pueden provocar un dolor crónico de tipo gravativo en región periumbilical o en una fosa iliaca, producto de la presión que ejercen dichos tumores. El dolor se tornara agudo en caso de torsión de su pedículo o rotura del mismo. (5)

A continuación mencionaremos las características de las causas de dolor crónico de origen ginecológico.

MITTELSCHMERTZ: Se presenta cuando ya está establecida la ovulación, es un proceso fisiológico, silente, totalmente asintomático en la mayoría de las adolescentes. Sin embargo, en algunas de ellas se pueden presentar una serie de molestias como cefalea, irritabilidad, sensación gravativa de hipogastrio o poliuria, ocurre en la mitad del ciclo e incluye al dolor entre sus manifestaciones. Coincidente con el dolor o sin él puede presentarse una metrorragia, manifestada como una leucorrea color marrón, escaso sangrado rojo, de uno a tres días de duración, y suele ser causa de



consulta por pensar que esta menstruando dos veces por mes. Esta metrorragia, que se observa en el 5% de las jóvenes, es debida a la caída brusca de los estrógenos circulantes, actuando sobre un endometrio que en su desarrollo sobrepaso el umbral de hemorragia.

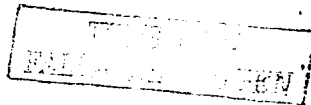
El dolor es sordo, continuo, de leve a mediana intensidad, se localiza en una de las fosas iliacas, dura desde unos minutos hasta 4 a 6hrs y puede ceder espontáneamente o tras la administración de analgésicos. En ocasiones puede presentarse como calambres o cólicos y persistir por dos ó tres días.

Casi siempre hay antecedentes de cuadros dolorosos similares.

La palpación de abdomen es negativa y al examen genital no hay alteraciones, aunque en algunas puede haber sensibilidad al palpar los ovarios.

Se cree que el dolor es causado por irritación peritoneal secundario al liquido folicular o por la pequeña hemorragia del foliculo roto, debido probablemente a una mayor sensibilidad local o general a tal fenómeno fisiológico.

Su tratamiento consiste en explicar detalladamente a la adolescente la causa del dolor, haciendo que comprenda su benignidad; si el dolor es de mediana intensidad se indicaran fomentos calientes, analgésicos o antiespasmódicos o anti-inflamatorios, y en caso de que hubiera



metrorragia puede indicarse una mezcla de estrógenos y progesterona del día 13 al 17 del ciclo (3).

DISMENORREA: Se define dismenorrea primaria cuando no se encuentran causas orgánicas y secundaria si se asocia a hallazgos pélvicos que pudieran ser su causa. La dismenorrea primaria inicia con la menarca o más tardíamente con los ciclos ovulatorio. Se caracteriza por dolor de tipo cíclico, intermitente, localizado en la zona pélvica, con irradiación a muslos y dorso. Puede acompañarse de otros síntomas como náuseas, vomito, diarrea, palpitaciones, hiperemia cutánea, cefalea. Aparece en el premenstruo inmediato y puede durar 24 a 48 hrs.

A lo largo del tiempo se han postulado varias teorías para explicar su etiopatogenia, y actualmente se acepta que intervienen en su producción múltiples factores, entre los que se cuentan los emocionales, endocrinos (es mas frecuente observarse en ciclos ovulatorios) y estenosis cervical actúa condicionando una dificultad para la salida del flujo sanguíneo, aumentando secundariamente la actividad miometrial, que ocasionaria dolor.

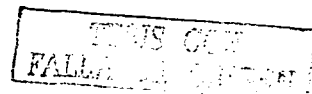
El tratamiento de la dismenorrea se centra en los anti-inflamatorios no esteroideos, los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas que actúan sobre los sistemas enzimáticos ciclo-oxigenasas, disminuyendo así la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos, responsables del aumento de la contractibilidad uterina, y las combinaciones de estrógenos y

progestágenos, con la administración de anovulatorios se consigue un alivio casi completo (90%) con estroprogestagenos normodosificados y entre un 80 a 90% con los minidosificados. En adolescentes en las que no se desee bloqueo de la ovulación o cuando este contraindicado el etinilestradiol, se pueden utilizar gestágenos con resultados aceptables en el 60 a 70% de los casos.

Entre las causas que pueden originar la dismenorrea secundaria son la endometriosis y las malformaciones que tienen mayor relevancia por sus connotaciones futuras sobre la fertilidad (5).

ENDOMETRIOSIS: Se define como tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Se pueden distinguir dos formas fundamentalmente: la adenomiosis o endometriosis uterina, en la que las glándulas y el estroma endometrial se extienden difusamente a través del miometrio y la endometriosis externa, generalmente denominada endometriosis, en la que el endometrio se localiza fuera de la cavidad corporal uterina habitualmente en otros órganos pélvicos o abdominales aunque puede aparecer casi en cualquier lugar del organismo.

Muchas teorías han surgido para poder descifrar su etiología: La menstruación retrograda, la metaplasia celómica la diseminación linfática, hemática e iatrogénica (esta teoría explicaría la implantación extrapelviana) y los factores genéticos y defectos inmunológicos. (16)



Es una enfermedad que se comporta como un tejido maligno en cuanto a su diseminación e infiltración pero su malignización es muy rara. En la actualidad esta cambiando el concepto de esta enfermedad y ya muchos autores consideran las formas leves como una entidad para fisiológica.

Los síntomas más comunes son la dismenorrea, la irregularidad menstrual, la dispaurenia profunda y el dolor pelviano crónico. Secundariamente se pueden observar alteraciones gastrointestinales y del tracto urinario. El dolor no esta en relación con la extensión de la enfermedad sino a su localización. En estudios realizados sobre adolescentes portadoras de endometriosis el sitio mas frecuente de focos endometriósicos fue el fondo de saco de Douglas.

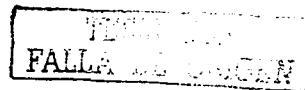
El diagnostico se debe sospechar ante:

- Persistencia o incremento en la dismenorrea
- Presencia de dolor pelviano sordo, continuo o progresivo pre o intramenstrual.
- Útero en retroversoflexión fija de 3° grado con movilización dolorosa.
- Fondo de saco de Douglas doloroso o nodular al tacto.
- Imágenes ecográficas sospechosas.

Los exámenes complementarios en sus diagnósticos son el ultrasonido el cual indicaría la presencia de quistes ováricos sin precisar etiología. El antígeno CA125 aunque no es patognomónico de la enfermedad puede ser de gran utilidad tanto diagnósticas así como marcador biológico de respuesta al tratamiento o para detectar recurrencia de enfermedad. La laparoscopia se ha vuelto un método diagnóstico y terapéutico, en la mayoría de las adolescentes en las que se puede identificar una endometriosis en estadio I ó II de la enfermedad (basado en la *American Fertility Society*). La mayoría de los implantes de endometriosis son superficiales y se cree que serian precursores de las lesiones que se ven en adultos. Su identificación y tratamiento temprano mejora la calidad de vida y disminuye las secuelas a largo plazo como las adherencias pelvianas y la infertilidad. (4)

Su tratamiento puede ser médico y/o quirúrgico. El tratamiento hormonal incluye las siguientes opciones:

- a) Gestágenos sintéticos asociados a bajas dosis de estrógenos por 6 a 9 meses.
- b) Gestágenos: medroxiprogesterona de depósito: 50mg por semana durante 6 a 9 meses.
- c) Danazol: 600mg/día durante 4 a 6 meses.
- d) Gestrinona: comprimidos 2.5mg, un comprimido 2 a 3 veces por semana durante 6 meses, iniciando el primer día del ciclo.
- e) Análogos GNRh: 1 frasco ampula intramuscular mensual durante 6 meses.



Todas estas opciones farmacológicas tienen efectos secundarios que hacen variar su indicación. (5)

En el tratamiento quirúrgico de la endometriosis sintomática, que no responde a tratamiento médico, la laparoscopia se demuestra como una técnica útil cuando esta va unida a la esterilidad. Cuando el dolor es el síntoma principal la cirugía laparoscópica también puede utilizarse, pero el tratamiento médico es de elección para evitar cirugía recurrente. Muchos autores comunican tasas elevadas (80%) de desaparición del dolor inmediatamente después de la laparoscopia aunque su eficacia disminuye a largo plazo.

TUMORES: Los tumores de ovario representan el 80% de los tumores del aparato genital en el grupo etario pediátrico. Los síntomas de presentación comunes son el dolor abdomino-pélvico, vómitos, polaquiuria y constipación. En ocasiones, se observa inesperadamente una masa pelviana en el momento del examen ginecológico anual. Algunos tumores son productores de hormonas, por lo que es posible observar evidencia de hipersecreción de andrógenos o estrógenos (8).

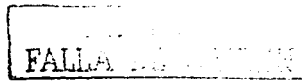
La ecografía pelviana es un instrumento valioso que permite la demostración precisa del tamaño del tumor y la caracterización de la estructura interna de la masa. El diferencia la masa como quística, mixta o dólida ayuda al médico a decidir que adolescentes pueden ser manejadas con conducta expectante durante varios ciclos menstruales y

cuales requieren exploración quirúrgica inmediata. Los tumores de ovario benignos, que pueden dar la impresión de quísticos o complejos por ecografía son teratomas quísticos benignos, cistoadenomas serosos papilares y cistoadenomas pseudomucinosos. Estos tumores requieren de intervención quirúrgica (12).

Los quistes ováricos funcionales son parte normal del desarrollo folicular durante el ciclo menstrual. Aquellos que se forman en la primera mitad del ciclo son quistes foliculares, estructuras simples llenas de líquido que suelen medir 2 a 3 cm de diámetros apenas antes de la ovulación. Si no ocurre ovulación en un quiste folicular, este puede seguir creciendo y constituir así un tumor.

Los quistes del cuerpo lúteo (amarillo) son el segundo tipo de lesión ovárica funcional. Después de la ovulación, se forma un cuerpo amarillo a partir del folículo roto, que produce progesterona. Puede crecer hasta 6cm y persistir por más de las dos semanas de la fase luteínica y causar hemorragia uterina por producción constante de progesterona. También puede ocurrir hemorragia dentro del quiste, lo que crea una tumoración que parece compleja por ultrasonido (3).

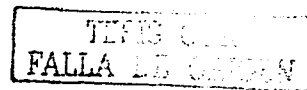
Las pruebas sugieren que estos quistes pueden vigilarse inicialmente sin intervención quirúrgica, porque muchos de ellos se resuelven espontáneamente. El tratamiento expectante de los quistes funcionales implica vigilar a las pacientes por ultrasonografía seriada. Pueden o no



darse anticonceptivos orales de estrógenos y progestágenos combinados durante esta vigilancia. Pruebas más recientes sugieren que los anticonceptivos combinados participan en la prevención de la formación de quistes, pero no modifican significativamente la resolución de los preexistentes. (17)

ENDOMETRIOMAS: Son producidos por endometriosis activa del ovario, que por lo general causa una tumoración hemorrágica de aspecto complejo en los estudios de imagen. Debido a la naturaleza difusa del proceso patológico, estas lesiones a menudo afectan ambos ovarios. Las pacientes suelen acudir con dolor pélvico y pueden tener afección extensa por adherencias en el momento de la intervención quirúrgica. Los quistes grandes tienen riesgo de rotura, que puede causar un cuadro agudo. Los endometriomas simulan quistes hemorrágicos del cuerpo amarillo en los estudios de imagen. Es menos probable que se resuelvan con vigilancia. El tratamiento con anticonceptivos combinados puede ser eficaz para prevenir el crecimiento del quiste o la formación de uno nuevo, pero es poco probable que cause remisión de los endometriomas existentes. A menudo se requieren valoración y tratamiento quirúrgico del tumor.

Los tumores ováricos sólidos benignos son raros en las adolescentes, pero en ocasiones se diagnosticara un fibroma ovárico. (11)



NEOPLASIAS OVARICAS: Las neoplasias ováricas se presentan en 2 a 25% de las adolescentes con tumor anexial y la mayor parte se origina en células germinativas de 50 a 60%. En el segundo decenio de la vida, las neoplasias epiteliales aumentan en frecuencia, pero no superan la de las neoplasias de células germinativas.

En el cuadro 5 se muestra el origen de acuerdo al tipo celular y el tumor al que dá origen. (11)

Cuadro 5.

NEOPLASIAS FRECUENTES EN LAS ADOLESCENTES.

Origen	Tipo de tumor
Células germinativas	Teratoma Benigno Inmaduro Disgerminoma Tumor del seno endodérmico Carcinoma embrionario Coriocarcinoma Gonadoblastoma
Células epiteliales	Tumor mixto de células germinativas Cistoadenoma seroso, cistoadenocarcinoma Invasor y de bajo potencial maligno Cistoadenoma mucinoso, cistadenocarcinoma invasor y de bajo potencial maligno
Células del estroma de los cordones sexuales	Tumor de células de la granulosa o teca Fibroma Tumor de células de Sertoli-Leydig

El teratoma quístico maduro o quiste dermoide es la neoplasia más frecuente en adolescentes, son tumores benignos constituidos por tejidos bien diferenciados provenientes del endodermo, mesodermo y ectodermo. Habitualmente son asintomático y son descubiertos de forma incidental por exploración o en estudios de imagen. Por ultrasonido parecen tumores quísticos complejos que contienen elementos sólidos y producen sombra. Si existen calcificaciones como dientes son apreciables en una placa simple de abdomen. No se ha comunicado transformación maligna de estos tumores benignos en adolescentes. (11)

La incidencia de neoplasias epiteliales aumenta con la edad. El Cistoadenoma seroso es mas frecuente que el mucinoso. Rara vez se encuentran neoplasias epiteliales bilaterales en este grupo etáreo. La tasa de cáncer en estos tumores va de 7.5 a 30 %. Teniendo las adolescentes mejor pronostico que las adultas con tumores similares.

El tratamiento de pacientes con cáncer ovárico epitelial en adolescentes suele adherirse a los principios terapéuticos de las adultas, pero con énfasis en la conservación de la función reproductora en pacientes con enfermedad localizada y clasificación por etapas quirúrgica exhaustiva.

La tasa de supervivencia a largo plazo en pacientes con tumores de bajo potencial maligno de etapa 1 es mayor del 90% y el pronostico es bueno, incluso en aquellas con enfermedad más avanzada. (11)

Los tumores de las células de la granulosa y de Sertoli-Leydig son tumores de ovario infrecuentes que se orinan en el estroma gonadal especializado.



Los tumores de las células granulosas representan alrededor del 5% de los tumores de ovario en todos los grupos etarios. Estos tumores producen estrógenos, son friables y pueden ser sólidos o quísticos. Se comunica una incidencia de patología bilateral del 2 al 5%. Tienen un bajo potencial maligno, por lo tanto es posible tratarlos mediante cirugía conservadora, preservando el potencial reproductor. Los tumores de las células de Sertoli-Leydig representan menos del 0.5% de las neoplasias ováricas de todos los grupos etarios, pero afectan con suma frecuencia a las mujeres jóvenes. Estos tumores pueden producir andrógenos; por lo tanto, las pacientes pueden presentar signos clínicos de masculinización. Estos tumores tienen bajo potencial maligno, lo que permite indicar cirugía conservadora. (8)

Dolor pelviano crónico de causa extraginecológica.

Gastrointestinales:

Colon Irritable

Parasitosis

Constipación

Síndrome de mala absorción

Síndrome apendicular crónico

Urológicas:

Hidronefrosis

Ptosis renal

Estenosis ureteral

Ortopédicas.

Espina bífida

Cifosis, lordosis, escoliosis

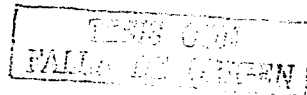
Hernia de disco

Psicógenas:

Enfermedades sistémicas:

Intoxicaciones:

Saturnismo, porfiria



DIAGNOSTICO.-

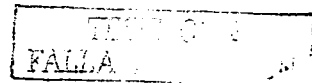
El diagnóstico del dolor abdominal de origen ginecológico se realiza basado principalmente en los hallazgos de la historia y el examen físico.

La historia debe ser lo más ordenada, completa y precisa posible. Se interrogará a la paciente junto con su madre si esta es pequeña y directamente a la joven en el caso necesario. No debemos olvidar que por temor, confusión o pudor, las jóvenes pueden alterar los hechos y con ello nos desorientan en el diagnóstico.

Es importante recordar que las pacientes con dolor de tipo crónico suelen haber acudido con varios médicos y han probado varios tratamientos antes; lo cual puede hacer que se nos presenten con cierta desconfianza y debemos registrar todos los tratamientos previos y en lo posible obtener información de los resultados.

La historia debe incluir:

1. Descripción de dolor: localización, intensidad, carácter, cronología, irradiación, factores agravantes, desencadenantes y calmantes, signos y síntomas concomitantes, asociación con hábitos y comidas. Su relación con el ciclo menstrual. El médico debe reconocer el impacto psicológico de la percepción del dolor.



2. Historia familiar: antecedentes de dolor abdominal, enfermedad ulcerosa péptica, enfermedad inflamatoria intestinal, jaqueca, enfermedades metabólicas (diabetes), intolerancia a la lactosa (raza negra).

3. Historia personal: cólicos de la infancia, problemas alimentarios en la etapa infantil temprana o desórdenes del sueño, son factores de riesgo de dolor psicógeno. Antecedentes quirúrgicos, antecedentes de patología pelviana previa. Dentro de los antecedentes ginecoobstetricos debemos incluir: menarca, ritmo menstrual, uso de anticonceptivos, embarazos y abortos. Así como enfermedades sistémicas tales como fiebre reumática, diabetes, porfiria entre otras.

4. Historia social: abuso de alcohol o drogas, hábito de tabaquismo, rendimiento escolar.

5. Factores estresantes: disrupción familiar (divorcio, muerte, enfermedad grave), pérdida de amigos, cambio de escuela, falla escolar, etc.

Deben interrogarse directamente los siguientes puntos:

- **Ginecológico:** edad de la menarca, actividad sexual, exposición a las enfermedades de transmisión sexual, irregularidades menstruales, antecedentes obstétricos si los hay.
- **Urológicos:** frecuencia miccional, disuria, hematuria.
- **Gastrointestinal:** tipo de alimentación, presencia de nauseas o vomito, hábitos intestinales.
- **Psicosocial:** antecedentes de depresión, desordenes alimenticios, abuso de drogas, cantidad de días de ausentismo escolar, presencia o ausencia de grandes cambios.

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS.-

Los exámenes de laboratorio más frecuentemente solicitados son: Biometría hemática completa con cuenta diferencial, determinación de la sedimentación eritrocítica, pruebas de función hepática, electrolitos, creatinina sérica y amilasa y β HCG. Así como examen general de orina, urocultivo y de ser necesario cultivo de secreción vaginal o en el mejor de los casos cultivo cervical en búsqueda de gonococos. (10)

La medición del hematocrito y la hemoglobina puede no reflejar descensos recientes ocasionados por sangrado agudo. La leucocitosis es un marcador inespecífico de un proceso inflamatorio, pero se complementa con la velocidad de sedimentación globular que sugeriría la presencia de un proceso infeccioso o inflamatorio o de isquemia, por lo general secundaria a torsión de los anexos o a una obstrucción intestinal.

La presencia de sangre, leucocitos, bacterias, proteínas en el examen de orina es anormal y requiere estudio posterior, considerando siempre la necesidad de confirmar diagnóstico a través del urocultivo. La prueba de embarazo es de gran utilidad ya que puede orientar a la causa del dolor abdominal, como en el embarazo ectópico, o de otra manera, el resultado negativo, permitirá continuar con los estudios radiológicos.

Las pacientes con tumores sospechosos de cáncer deben ser sometidas a estudio con marcadores tumorales séricos antes de una intervención quirúrgica. Dado que una variedad de cánceres de células germinativas producen estas sustancias. Los tumores del seno endodérmico, cáncer

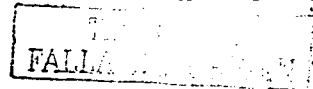


celular embrionario, tumores mixtos de células germinativas y rara vez los teratomas inmaduros producen alfa-fetoproteína. Puede encontrarse β -hCG sérica en pacientes no embarazadas con carcinoma de células embrionarias y coriocarcinoma. Las pacientes con disgerminoma presentan aumento de la concentración de la deshidrogenasa láctica. El antígeno 125 del cáncer (Ca-125) puede presentar incremento por una diversidad de procesos que causan irritación peritoneal como endometriosis o enfermedad pélvica inflamatoria, lo que hace inespecífica a esta prueba en las adolescentes. Los marcadores tumorales son más útiles para vigilar la respuesta al tratamiento en pacientes con diagnóstico de cáncer ovárico. (11)

ESTUDIOS DE GABINETE.- El estudio radiológico del abdomen nos orienta hacia la normalidad y la anormalidad de las diferentes estructuras abdominales ya que se puede apreciar la silueta de las estructuras de tejidos blandos como el psoas o el perfil del hígado se pierden cuando hay líquido libre a su alrededor o procesos inflamatorios vecinos. Y puede orientar en caso de teratoma por la presencia de calcificaciones como las que producen los dientes que en ocasiones contienen.

La ultrasonografía tiene una participación importante en la valoración clínica de la pelvis pediátrica, sobre todo en lo referente a dolor abdominal, tumores pélvicos, genitales ambiguos y trastornos de la pubertad. (12)

Ha demostrado ser un método rápido, eficaz e incruento, de detección y visualización de trastornos patológicos y estructuras normales en la pelvis.



Se puede realizar ultrasonografía pélvica por vía transabdominal o transvaginal. Se prefiere la primera en vírgenes y pacientes jóvenes, que deben tener la vejiga llena para logra una mejor imagen. La vía transvaginal mejora la resolución, por la frecuencia de los transductores utilizados y la proximidad del útero y los anexos. (11)

La ultrasonografía pélvica puede definir una tumoración como sólida, simple o quística compleja. Mediante estas tres categorías, se puede estructuras una estrategia terapéutica.

La tomografía axial computarizada ha demostrado ser una herramienta útil para el estudio de tumores anexiales ya que nos determina sus características específicas. Se usa la tomografía axial computarizada sistemáticamente para el estudio preoperatorio de masas abdominales localizadas a región pélvica para determina su localización, tamaño y otras características específicas. Y requieren obtenerse imágenes abdominales y pélvicas en estos casos, para valorar si existe diseminación del tumor (11)

La resonancia magnética ofrece varias ventajas en la valoración de tumores anexiales. Se trata de una técnica incruenta mejor tolerada que la ultrasonografía transvaginal. No expone a las pacientes a radiación y permite una diferenciación tisular sutil de los órganos pélvicos. La laparoscopia diagnóstica es de gran utilidad porque puede determinar la causa del dolor en el grupo de pacientes en quienes no ha sido posible



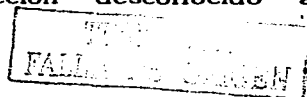
aclarar la causa del dolor, luego de practicar los estudios ya anunciados. Permite a su vez ser terapéutica.

El tiempo de recuperación es mucho más breve que para la laparotomía, a menudo se evita la hospitalización y el resultado estético es más aceptable. La indicación de una laparoscopia diagnóstica incluye una masa pélvica previamente identificada por tacto vaginal o ecografía, dismenorrea progresiva, dolor pélvico crónico que no responde a los anticonceptivos o a los antiinflamatorios no esteroideos, y ante la duda diagnóstica entre una enfermedad pélvica inflamatoria crónica y apendicitis aguda.

La prevalencia de patología identificable en laparoscopia diagnóstica varía entre un 56 a 94%. (4)

Tratamiento Inicial del paciente con dolor abdominal de origen ginecológico.-

El uso de analgésicos se debe postergar hasta tanto exista un diagnóstico claro. Pues de otra manera, al suprimir el dolor se pierde el síntoma cardinal que orienta el diagnóstico, lo que puede originar demora en la solución del problema. Una vez se ha establecido un diagnóstico claro o se ha decidido llevar al paciente a cirugía se puede iniciar analgesia a través de vía intravenosa. O, en el caso de manejarse a través de la vía oral, se utilizarán analgésicos no esteroideos. Su mecanismo de acción es común en todos ellos y consiste en la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. El analgésico-antitérmico paracetamol (AINE desde el punto de vista químico) posee un mecanismo de acción desconocido aunque

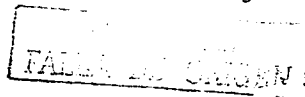


probablemente se debe al efecto inhibitor sobre las ciclooxigenasas a nivel central.

En el caso de los opioides la morfina es el fármaco de referencia de este grupo. Su acción espinal se ejerce en el asta posterior tanto a nivel presináptico (sobre las terminaciones de las fibras aferentes primarias A delta y C) como postsináptico en las neuronas ascendentes. Su acción supraespinal se sitúa principalmente a nivel del tronco cerebral en núcleos tales como el núcleo del rafe magno.

En las vías y centros del dolor existe receptores opioides de tres tipos mu, delta y kappa a los que se une el fármaco opioide con mayor o menor afinidad deprimiendo la transmisión del estímulo al reducir la excitabilidad de la neurona y la cantidad de neurotransmisor liberado. (1)

Si hay sospecha de contaminación de la cavidad peritoneal se debe iniciar antibioticoterapia de amplio espectro, orientada a cubrir los gérmenes más comúnmente aislados, terapéuticas que se modificará de acuerdo con la identificación en el cultivo y la sensibilidad. Teniendo siempre en cuenta los posibles esquemas utilizados previamente por la paciente. La inserción de un catéter venoso periférico permite la administración de líquidos parenterales para hidratación y restauración de la volemia. La colocación de líneas venosas centrales por punción, se postergará hasta tanto se haya logrado recuperar el volumen intravascular para evitar las complicaciones derivadas de ésta durante los estados de hipovolemia. La solución aplicada dependerá del estado de hidratación y del estado

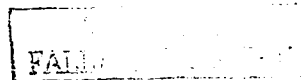


metabólico en el que se encuentre la paciente, utilizando expansores del plasma o hemoderivados según sea el caso. El reposo intestinal se debe mantener hasta tanto exista un diagnóstico establecido. Ante la presencia de una obstrucción intestinal o de ileo adinámico o de vómito incoercible la colocación de una sonda gástrica permitirá la descompresión del tracto digestivo y mejoría de los síntomas. Con frecuencia el cuadro clínico de admisión no permite alcanzar un diagnóstico claro, por lo que se hace necesario evaluar repetidamente el paciente buscando modificaciones sutiles en los signos clínicos que permitan orientar el estudio hacia determinada posibilidad diagnóstica. Ésta evaluación será realizada por el médico y es deseable que sea siempre el mismo examinador. Durante esta fase de observación se podrán solicitar los exámenes pertinentes que ayuden a confirmar o descartar el diagnóstico.

El tratamiento definitivo puede ser ambulatorio o intra hospitalario. En la modalidad de hospitalizado puede ser de emergencia, como ocurre con la ruptura de un embarazo ectópico cuyo tratamiento debe ser instaurado de inmediato.

En ocasiones el paciente podrá ser referido a la Consulta Externa para continuar su estudio y manejo.

En muchos casos, el abordaje quirúrgico puede ser de gran utilidad, tanto de forma terapéutica como diagnóstica, como se hacía referencia previamente a la laparoscopia. Como se comentaba el empleo de la



laparoscopia disminuye notablemente la agresión tanto por la menor incisión en la pared abdominal, como por la menor incidencia de adherencias postoperatorias siendo por ello especialmente útil en la remoción de adherencias (sobre todo si se emplea el láser como técnica de sección ya que vaporiza los tejidos siendo una técnica precisa y exangüe)

(18).

TEMS CON
FALLA DE CUBEN

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar las causas y características del dolor abdominal de origen ginecológico presente en adolescentes que acudieron para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora en el período comprendido entre enero 1995 a diciembre 2001.

Objetivos particulares:

- Conocer la frecuencia con que se presenta el dolor abdominal de origen ginecológico en la adolescencia.
- Establecer cuales son las causas mas frecuentes de dolor abdominal de origen ginecológico.
- Cuales son las características clinicas más frecuentes presentes en el dolor abdominal de origen ginecológico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y transversal. En adolescentes que acudieron para su atención por dolor abdominal de origen ginecológico al Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), en el periodo comprendido del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 2001.

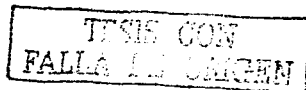
Para seleccionar los casos se revisaron los archivos del servicio de adolescentes y se solicitó la información al archivo clínico del HIES.

La información se capturo en un listado tipo machote en que se registraron los antecedentes, cuadro clínico, diagnostico, tratamiento, evolución y complicaciones.

Los resultados obtenidos se sometieron a análisis en tablas sencillas de porcentajes y frecuencias.

Las variables analizadas fueron:

Edad
Procedencia
Medio socioeconómico
Motivo de ingreso
Tiempo de Evolución
Cuadro Clínico
Diagnóstico por laboratorio
Diagnóstico por gabinete
Tratamiento
Hallazgos quirúrgicos
Hallazgos histopatológicos
Complicaciones
Estancia Hospitalaria
Condiciones de egreso
Evolución



RESULTADOS

Fueron en total 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico; la frecuencia por año se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1.

Presentación anual de 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

AÑO	No.	%
1995	2	3.2
1996	1	1.6
1997	6	9.8
1998	14	22.9
1999	11	18
2000	10	16.3
2001	17	27.8
Total	61	100

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

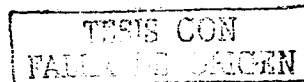
Se presentó un rango de edad de 10 a 19 años con un promedio de 16.3 años; el grupo en que se presentaron el mayor número de casos fué el de 18 y 19 años, seguido del de 17 y 16 años; como se puede observar en el cuadro 2:

Cuadro 2.

Edad de 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico.

EDAD	No.	%
10	1	1.6
11	1	1.6
12	1	1.6
13	7	11.4
14	4	6.1
15	3	4.9
16	10	16.3
17	10	16.3
18	13	21.3
19	11	18
Total	61	100

Promedio edad: 16.



Provenían de medio socioeconómico muy bajo en 34 casos 57.7%; seguido del medio y bajo en 22 casos 36% y no se especificó en cinco casos 8.1%; como se observa en el cuadro 3:

Cuadro 3

Medio socioeconómico en 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

ITEM	N	%
Muy bajo	34	55.7%
Medio y bajo	22	36
No especificado	5	8.1
T o t a l	61	100

TESIS CON
TALONAR EN ORIGIN

El rango de edad de la presentación de menarca fué de ocho a 15 años con un promedio de 12.3 años

La edad de presentación de la menarca más frecuente fué a los 12 años con 20 casos 32.7% y a los 13 años con 19 casos 31.1%; no se presentó en cuatro casos 6.5% y no se especificaba en un caso 1.6%; como puede observarse en el cuadro 4:

Cuadro 4

Edad de presentación de la menarca en 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico.

EDAD	No.	%
8	1	1.6
9	2	3.2
10	2	3.2
11	4	6.5
12	2	32.7
13	19	31.1
14	5	8.2
15	3	4.9
No presente	4	6.5
No especificado	1	1.6
Total	61	100

Promedio : 12.3 años

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En las cuatro pacientes con menarca ausente fueron intervenidas quirúrgicamente; en dos casos no se encontró ninguna alteración durante el procedimiento y no se realizó estudio histopatológico.

En una adolescente de 12 años se encontró como hallazgo quirúrgico adherencias en epiplón y colon; así como secreción purulenta a nivel pélvico, reportando el estudio histopatológico salpingitis xantogranulomatosa.

En una adolescente de 13 años, como hallazgo quirúrgico se encontró quiste en ovario derecho y el reporte histopatológico confirmó la presencia de teratoma quístico.

En el caso de la adolescente en la que no se reportó la menarca, tenía una edad de 13 años y se encontró como hallazgo quirúrgico tumor equimótico pediculado en salpínge izquierda, dos quistes en trompa derecha, el reporte histopatológico reportó ovario y salpínge torcidos y necróticos, quiste paratubárico.

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

De acuerdo al tiempo de evolución, clasificaba para dolor abdominal agudo 43 casos 70.4%, con un rango de uno a 90 días y promedio de 12.4 días; y clasificaron para dolor crónico 12 casos 19.6%, con un rango de evolución de 120 a 730 días y promedio de 493 días; como se observa en el cuadro 5.

Cuadro 5

Clasificación del dolor de acuerdo al tiempo de evolución en 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

ITEM	N	%
Dolor agudo	43	70.4
Dolor crónico	12	19.6
No especificado	6	9.8

** Tiempo de evolución promedio: agudo 12.4 días; crónico 493.3 días

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El motivo de ingreso fue: dolor abdominal en 49 casos 80.3%, seguido de tumor en estudio, embarazo, quiste de ovario y endometrio y dolor lumbar; como se observa en el cuadro 6.

Cuadro 6

Motivo de ingreso en 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

MOTIVO	No.	%
Dolor abdominal	49	80.3
Tumor en estudio	6	9.8
Embarazo ectópico	2	3.2
Embarazo molar	1	1.6
Quiste de ovario	1	1.6
Quiste endometrio	1	1.6
Dolor lumbar	1	1.6
T o t a l	61	100

TESIS CON
FALLA DE CENSA

Los síntomas asociados al dolor abdominal encontrados en 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico, fueron por orden de frecuencia los trastornos menstruales en 19 casos 31.1%; síntomas urinarios en 15 casos 24.5%; síntomas gastrointestinales en ocho casos 13.1%; otros síntomas lo fueron la cefalea y la hipertermia. Solo 13 casos 21.3% no presentaban otros síntomas. Como se observa en el cuadro 7.

Cuadro 7

Síntomas presentes en 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

ITEM	N	%
Trastorno menstrual	19	31.1
Síntomas urinarios	15	24.5
Síntomas gastrointestinales	8	13.1
Otros	6	9.8
Ningún síntoma	13	21.3
T o t a l	61	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se realizó biometría hemática completa en 59 adolescentes, encontrando anemia en nueve casos; en seis pacientes correspondían a embarazo ectópico y en los otros tres casos a salpingitis xantogranulomatosa, torsión anexial y quiste endometriósico derecho.

En dos casos se presentó anemia severa con hemoglobina menor de 5 mg/dl y correspondían a embarazo ectópico.

Se encontró leucocitosis en 24 casos; éstos correspondían a siete casos de las adolescentes que cursaron con anemia y el resto no se asociaron a este hallazgo.

En un caso se presentó plaquetopenia con normalidad en la biometría hemática, la cual presentaba embarazo ectópico.

Se realizó exámen general de orina en 38 casos, encontrándose patológico en un caso.

Dentro de los estudios solicitados para complementar diagnóstico se realizó fracciones beta en 31 casos 50.8%; reportándose positivas 17 casos y negativas 14 casos; radiografía simple de abdomen en cinco casos 8.1%; ultrasonido en 51 casos 83.6%, de los cuales 48 fueron pélvicos y tres hepáticos. Así como tomografía computarizada en dos casos 3.2% y cistouretrografía excretora en un caso 1.6%; como se aprecia en el cuadro 8.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

Cuadro 8

Estudios utilizados en 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

ESTUDIO	No.	%
Fracción Beta*	31	50.8
Radiografía de abdomen	5	8.1
Ultrasonido:	51	83.6
Pélvico	48	
Hepático	3	
Tomografía axial computarizada	2	3.2
Cistouretrografía excretora	1	1.6

* positivas: 17, negativas 14

ESTUDIOS CON
FALLA EN EL ORIGEN

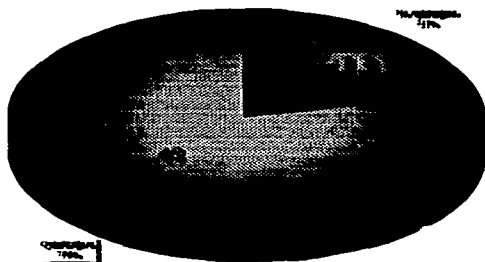
En cuanto a los ultrasonidos hepáticos se reportaron dos como normales y uno de ellos con una imagen hipoecoica en lóbulo hepático derecho. (Paciente transferida a HGE).

La tomografía axial computarizada fué normal en un caso y en otro caso se reportó tumoración quística en ovario derecho y leve hidronefrosis derecha; este caso correspondió a un quiste gigante de ovario derecho.

La cistouretrografía excretora fué reportada normal, indicada por enuresis. El tratamiento recibido en 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico fué quirúrgico en 48 casos 79% y médico en 13 casos 21%. Como se representa en la grafica 1.

Grafica 1

Tratamiento en 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De los 13 casos en el cual el tratamiento fué médico, se realizó sonograma en 10 casos, encontrando los siguientes hallazgos por orden de frecuencia: quiste folicular roto en tres casos 23%; quistes simples un caso 7.6%; ovarios poliquísticos y otros; como se observa en el cuadro 9:

Cuadro 9

Hallazgos de Sonograma en 13/61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

HALLAZGO	No.	%
Quiste folicular roto	3	23
Endometrio pre-ovulatorio	1	7.6
Quiste simple	1	7.6
Ovarios poliquísticos	1	7.6
Quiste hemorrágico	1	7.6
Pb. embarazo ectópico	1	7.6
Quiste periovárico	1	7.6
Inflamación supravescical derecha	1	7.6
No realizado	3	23
T o t a l	13	100

El diagnóstico de egreso en las 13 adolescentes que recibieron tratamiento médico fué en orden de frecuencia: quiste folicular en siete casos 53.8%; dismenorrea en tres casos 26%; seguido de enfermedad pélvica inflamatoria, quiste paratubarico y hematocolpos; como se observa en el cuadro 10.

Cuadro 10

Diagnóstico en 13/61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

DIAGNOSTICO	No.	%
Quiste folicular	7	53.8
Dismenorrea	3	26
Enfermedad pélvica inflamatoria	1	7.6
Quiste paratubarico	1	7.6
Hematocolpos	1	7.6
Total	13	100

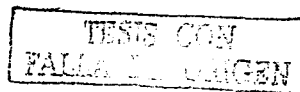
TESIS CON
FALLA DE CENSURA

El tratamiento fué quirúrgico en 48 adolescentes y el procedimiento indicado en orden de frecuencia: laparotomía exploradora en 15 casos 31.2%; salpingooforectomía en 10 casos 20.8%: (seis derechas y cuatro izquierdas); salpingectomía en 10 casos 20.8%: (seis derechas y cuatro izquierdas); resección de quiste en nueve casos 18.7% y otros cuatro casos 8%; como se observa en el cuadro 11.

Cuadro 11

Procedimiento quirúrgico realizado en 48/61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

TIPO PROCEDIMIENTO	No.	%
Laparotomía exploradora	15	31.2
Salpingooforectomía:	10	20.8
Salpingectomía	10	20.8
Resección quiste	9	18.7
Biopsia de ovario	1	2
Legrado uterino	1	2
Ablación uterosacros	1	2
Fimbrectomía derecha	1	2
T o t a l	48	100

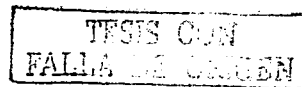


Los hallazgos histopatológicos encontrados en 48 casos que ameritaron tratamiento quirúrgico, fué en orden de frecuencia: patología de ovario 22 casos 45.8%; embarazo ectópico en 13 casos 27%; hemoperitoneo en dos casos 4.2%; aborto incompleto en un caso 2%; salpingitis xantogranulomatosa bilateral un caso 2% y no se especificó el diagnóstico en ocho casos 16%; como se observa en el cuadro 12.

Cuadro 12

Reporte histopatológico en 48/61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

HALLAZGO	N	%
Patología ovario	22	45.8
Embarazo ectópico	13	27
Hemoperitoneo	2	4.1
Aborto incompleto	1	2
Salpingitis xantogranulomatosa bilateral	1	2
No especificado	8	16
Total	48	100



Los hallazgos histopatológicos encontrados en ovario fueron por orden de frecuencia: cistoadenoma seroso en seis casos 27.2%; necrosis por torsión en cuatro casos 18.1 %; quiste folicular en tres casos 13.6%; teratoma quístico tres casos 13.6%; quiste endometriósico en dos casos 9%; seguido de quiste cuerpo lúteo hemorrágico, quiste seroso, tumor de células de la granulosa y mesotelioma multiquístico benigno; Como se puede observar en el cuadro 13.

Cuadro 13

Hallazgo histopatológico en ovario en 22/48 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

HALLAZGO	N	%
Cistoadenoma seroso	6	27.2
Necrosis por torsión	4	18.1
Quiste folicular	3	13.6
Teratoma quístico	3	13.6
Quiste endometriósico	2	9
Quiste cuerpo lúteo hemorrágico	1	4.5
Quiste seroso	1	4.5
Tumor células granulosa	1	4.5
Mesotelioma multiquístico benigno	1	4.5
T o t a l	22	100

Se presentaron 17 casos con embarazo ectópico, quienes presentaron las siguientes características: tenían localización en salpínges cuatro de los casos, ampular en tres de los casos, en fimbria un caso, en istmo un caso y tubárico en un caso. Se realizó fracción beta en 14 de los casos; sonograma a 11 casos y se llegó al diagnóstico por hallazgo quirúrgico en cuatro casos; se confirmó el diagnóstico por histopatología en 13 de los casos. Un caso se asoció a endometriosis. Como se observa en el cuadro 14.

Cuadro 14
Características de embarazo ectópico en 17/61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

ITEM	No.
Localización:	
Salpínges	4
Ampular	3
Fimbria	1
Istmo	1
Tubario	1
Fracción Beta *	14
Sonograma	11
Hallazgo quirúrgico	4
Reporte Histopatológico **	13

* no realizada en 3 casos
 ** no realizado en 4 casos

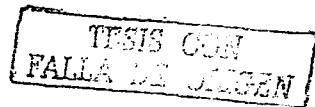


Se presentaron dos casos con complicaciones: en el primero de los casos se trasladó a otra unidad hospitalaria, debido a que presentaba patología hepática; en el segundo de los casos se tuvo que practicar histerectomía a una paciente de 18 años, debido a que la tumoración que presentaba involucraba útero y ovarios; en los cuadros 15 y 16 se presentan las características de cada uno de ellos.

Cuadro 15

Antecedentes de 2/61 adolescentes complicadas con dolor abdominal de origen ginecológico.

Edad	16 años
Tiempo evolución	1 día
Cuadro clínico	dolor, hipertermia, disuria, vómito
Exploración	dolor en fosa iliaca derecha
Diagnostico de ingreso	dolor abdominal
Fracción beta	positiva
Sonograma	Quiste ovario derecho imagen hipoeoica lóbulo hepático derecho
Tratamiento	Laparotomía exploradora
Hallazgos quirúrgicos	líquido libre rojizo, útero blando
Hallazgos histopatológicos	Líquido peritoneal inflamatorio inespecifico
Condiciones de egreso	Traslado a HGE.



Cuadro 16

Antecedentes de 2/61pacientes complicadas con dolor abdominal de origen ginecológico

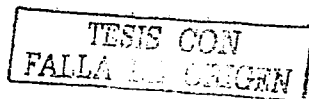
Edad	18 años
Tiempo evolución	1 día
Cuadro clínico	vómito, disuria, tenesmo
Exploración	dolor a la palpación
Diagnóstico de ingreso	dolor abdominal
Fracción beta	no realizada
Sonograma	útero involucionado, restos placentarios hígado y riñones normales
Tratamiento	Histerectomía
Hallazgos quirúrgicos	absceso infectado. Teratoma izquierdo
Hallazgos histopatológicos	teratoma maduro/endometriosis
Condiciones de egreso	estable.

La estancia hospitalaria en las 61 adolescentes presentó un rango de uno a 19 días; con un promedio de 3.5 días; como se observa en el cuadro 17.

Cuadro 17

Estancia hospitalaria en 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

DÍAS	N	%
1	5	8.2
2	24	39.3
3	13	21.3
4	6	9.8
5	3	4.9
6	2	3.2
7	1	1.6
8	2	3.2
9	2	3.2
10	2	3.2
19	1	1.6
Total	61	100



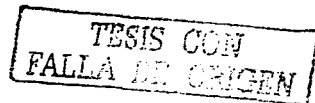
Las condiciones de egreso en las 61 adolescentes fueron por mejoría en 58 casos 95%; se transfirieron dos casos 3.3%: un caso al HGE por complicación y uno al Hospital Militar por ser derechohabiente; y un caso solicitó alta voluntaria, contaba con diagnóstico de quiste paraovárico, pioxalpinx por ultrasonografía. Como se describe en el cuadro 19.

Cuadro 19.

Condiciones de egreso de 61 adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

ÍTEM	N	%
Mejoría	58	95
Transferida *	2	3.3
Alta voluntaria	1	1.6
T o t a l	61	100

* Hospital General del Estado un caso; Hospital Militar un caso.



DISCUSION.

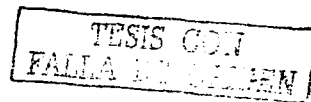
El dolor localizado en hemiabdomen inferior o en la pelvis es un motivo de consulta frecuente en niñas y adolescentes (5).

En estudios realizados por Franceschi y colaboradores sobre 9,156 adolescentes de ambos sexos, se encontró en el 37.8% de ellos la presencia de dolor abdominal, de los cuales el 64.3% eran mujeres (5)

En nuestro estudio que abarca el periodo del 1° de enero 1995 al 31 diciembre 2001. Se reportaron 61 casos de adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico, en las cuales se aprecia una mayor frecuencia de presentación en el año 2001 con un 27.8%, pudiendo considerar en ello la mayor difusión que ha tenido la atención a la adolescente en un servicio como lo es Medicina del Adolescente, que forma parte de nuestra Institución.

Las adolescentes que formaron parte del estudio se encontraban en un rango de edad entre los 10 y los 19 años; teniendo un promedio de 16 años y presentando una mayor frecuencia de atención en el grupo entre los 18 y 19 años, correspondiendo al 39.3% de los casos.

Provenían de medio socioeconómico muy bajo en la mayoría de los casos, abarcando un 55.7% y dentro de la clasificación socioeconómica medio y bajo para 22 casos. Sólo en cinco casos, no se especificaba la clasificación social. La razón de que la mayoría provienen de medio socioeconómico bajo está en relación a que éste es un hospital de concentración del Estado y se



encarga de la atención a población que no tiene derechohabencia en otras unidades hospitalarias, como IMSS o ISSSTE.

La menarquia fué una característica estudiada que arrojó importante información, no solo en cuánto a la edad, la cual se encontró en un rango de ocho a 15 años; con un promedio de 12.3 años; sino también en cuanto a otras patologías asociadas, como se reportó en los cuatro casos que aún no tenían menarca, dentro de las cuales se tuvo como diagnóstico: torsión de ovario derecho en un caso y presencia de quistes de ovario en otro caso; en los otros dos casos no se realizó tratamiento quirúrgico. Cabe mencionar en cuanto al caso de torsión de ovario derecho, la adolescente tenía 10 años, que corresponde como lo menciona la literatura a la edad más afectada. (14)

En cuanto al tiempo de evolución, se describe al dolor abdominal como agudo y crónico. El dolor abdominal agudo es aquél que requiere tratamiento enérgico a causa de la intensidad de los síntomas y la posibilidad de que haya un trastorno que pone en peligro la vida. En nuestro estudio tuvimos 43 casos con dolor de tipo agudo, con un tiempo de evolución que varió de uno a 90 días y un promedio de 12.4 días.

Y el dolor pélvico crónico es aquél que se define como un malestar crónico; es aquel que se define como un malestar cíclico o no cíclico, intermitente o constante en la pelvis, de por lo menos seis meses de duración; en base a esto se clasificaron como dolor crónico a 12 de nuestras pacientes (4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

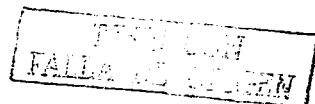
El motivo de ingreso fué en 49 casos dolor abdominal, seguido por seis casos de tumor en estudio, dos de embarazo ectópico y otros. Confirmando lo comentado en varios estudios sobre la frecuencia de dolor abdominal como motivo de consulta (4, 5, 10).

Llama la atención que en dos casos el motivo de ingreso fué el embarazo ectópico, siendo un total 17 casos confirmados, ya que el cuadro clínico orientó al diagnóstico, apoyados en el ultrasonido y/o por hallazgo quirúrgico a través de la laparotomía que se les realizó, como lo analizaremos más adelante.

Las adolescentes estudiadas presentaban otros síntomas asociados al dolor abdominal, los cuales se agruparon como trastornos menstruales, tales como alteración en cuanto a la cantidad de sangrado, irregularidades en los días de sangrado o como sangrado transvaginal fuera del período esperado; de ahí la importancia de realizar un cuidadoso interrogatorio dirigido hacia la historia menstrual, contraceptiva y sexual (10).

Otro grupo fué el de síntomas urinarios referidos por las pacientes como disuria, tenesmo vesical, polaquiuria; encontrándose en 15 casos y no se correlacionó con infección urinaria a través del examen general de orina, ya que solo se confirmó la existencia de infección de vías urinarias en un caso.

Los síntomas gastrointestinales incluían el vómito, náusea, estreñimiento, hiporexia; otros síntomas referidos fueron la cefalea y la hipertermia. Por ello, es tan importante establecer una adecuada semiología del dolor



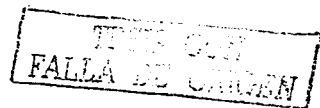
abdominal y su sintomatología acompañante, la cual puede ser una fuente muy importante para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Se solicitaron exámenes básicos de laboratorio como la biometría hemática completa, el examen general de orina; en algunas pacientes se realizó fracción beta y algunos complementarios como pruebas de función hepática y renal, urocultivo, cultivo vaginal y en dos casos medición de antígeno CA 125 y en un caso hormona gonadotropina coriónica humana cuantitativa.

Los hallazgos más relevantes de la biometría hemática fueron: anemia en nueve casos, siendo severa en dos casos que correspondieron a embarazo ectópico; leucocitosis en 24 casos, considerando niveles de leucocitos mayores de 12,000; aunque sabemos que la biometría hemática completa incluyendo la fórmula blanca no es por sí sola diagnóstica; se complementa adecuadamente, en especial si se asocia a la medición de la velocidad de eritro-sedimentación (VSG), la cual es una prueba de laboratorio económica y fácil de realizar (15).

Cabe mencionar que en ninguna de nuestras pacientes se realizó esta última prueba, y quizá ello pudo haber mejorado la posibilidad diagnóstica.

En solo un caso se encontró alteración en las plaquetas, reportándose trombocitopenia con normalidad en el resto de la biometría hemática, este caso correspondió a embarazo ectópico.

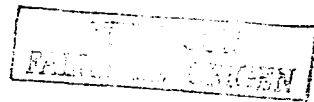


La fracción beta fué la única prueba aplicada en nuestras adolescentes, ya que esta es la única prueba de embarazo que se realiza en nuestro Hospital y principalmente porque es la más sensible de todas las pruebas de embarazo, ya que es positiva a los ocho a 12 días después de la concepción. (13)

Esta prueba se realizó en 31 casos, siendo positiva en 17 casos y negativa en 14; y en relación al embarazo ectópico, se practicó en 14 casos. Se deberá de tener en cuenta que se debe realizar la prueba de embarazo a toda adolescente en quién se sospeche el embarazo ectópico, y en general en todas aquellas adolescentes con vida sexual activa. (13).

Del resto de los exámenes complementarios se realizaron en casos específicos de tumores en relación al antígeno CA 125 y la HGC; las pruebas de función hepática se reportaron como normales; este caso correspondió a una paciente quién presentaba inflamación aguda inespecífica, hallazgo obtenido por el reporte histopatológico; la paciente requirió de traslado al Hospital General del Estado como nos referiremos más adelante.

Se tomó radiografía simple de abdomen solo en cinco casos encontrando tumoración en fosa iliaca, escoliosis izquierda en otro caso, una imagen radiópaca en sigmoides y en otra distensión de asas y ausencia de gas en colon; el último caso se reporta como no valorable. Sólo en el caso de tumoración en fosa iliaca se correlacionó con lo encontrado como hallazgo quirúrgico, correspondiendo a un tumor quístico.



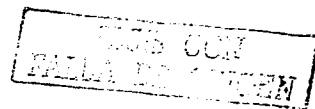
En 51 casos se realizó ultrasonido, siendo 48 de los casos de tipo pélvico y tres hepáticos; de los 48 pélvicos, en 28 casos se correlacionaron adecuadamente los ultrasonidos con los hallazgos quirúrgicos; correspondiendo a un porcentaje importante de los casos, de ahí que en la literatura se remarca la importancia del ultrasonido en la valoración clínica de la pelvis pediátrica (12).

En el resto de los casos en que no se realizó ultrasonido, fué principalmente por la falta de disponibilidad del recurso durante el turno nocturno, lo cual deberá de considerarse en función de que es un recurso de apoyo diagnóstico muy útil.

Los ultrasonidos hepáticos fueron reportados dos como normales y uno de ellos con una imagen hipoeoica en lóbulo hepático derecho; siendo en este caso necesaria la transferencia a otra unidad hospitalaria.

La tomografía axial computarizada fué normal en un caso y en otro caso se reportó tumoración quística en ovario derecho y leve hidronefrosis derecha; este caso correspondió a un quiste gigante de ovario derecho. La tomografía axial computarizada es útil como modalidad de segunda línea, después de la ultrasonografía; esta puede proporcionar imágenes de toda la extensión de una gran tumoración anexial como en el caso de nuestra paciente (11)

La cistouretrografía excretora aunque no es un estudio de gabinete complementario frecuentemente solicitado, en el caso de nuestra paciente

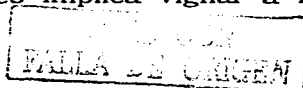


formaba parte del estudio de la enuresis que presentaba, siendo este un diagnóstico asociado.

El tratamiento que recibieron las adolescentes fué médico en 13 casos y quirúrgico en 48 casos; y esto fué en base a la sintomatología, los estudios diagnósticos complementarios de laboratorio y gabinete que nos llevan a determinar si la paciente presentaba urgencia quirúrgica definida que requiriera atención inmediata o si solo se trataba de una alteración médica como lo especifica Goldstein en una revisión sobre dolor pélvico agudo y crónico (10).

De nuestras adolescentes que solo requirieron de tratamiento médico, en 10 de ellas se realizó sonograma, teniendo como hallazgo por orden de frecuencia: quiste folicular roto en tres casos; endometrio preovulatorio en un caso; quiste simple de ovario en un caso entre otros; uno de los casos reportaba un probable embarazo ectópico pero se descartó la posibilidad.

Reportándose como diagnóstico de egreso en estas 13 adolescentes el quiste folicular en siete casos; dismenorrea en tres casos; enfermedad pélvica inflamatoria en un caso; quiste paratubario y uno con hematócolpos. Estando esto de acuerdo a lo reportado en la literatura, ya que los quistes ováricos funcionales son parte del desarrollo folicular durante el ciclo menstrual, correspondiendo los quistes foliculares a aquéllos que se forman en la primera mitad del ciclo, son estructuras simples llenas de líquido y suelen medir de 2 a 3 cms. En estos casos, el tratamiento expectante de los quistes funcionales implica vigilar a las

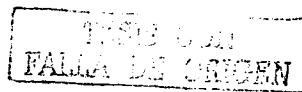


pacientes a través de ultrasonografía seriada, de ahí la importancia básica en el seguimiento de la paciente (11).

En relación a la dismenorrea, sabemos que constituye un motivo frecuente de consulta ginecológica en la adolescencia y se caracteriza por dolor pelviano tipo cólico-cíclico, acompañado en ocasiones de trastornos gastrointestinales (náuseas, vómito, diarrea) y vagotónicos (lipotimia, sudoración, etc.). Es importante recordar que la dismenorrea, no solo es un problema médico, sino también implica problema social ya que es un motivo frecuente e importante de ausentismo escolar, dado que se trata de una incapacidad laboral transitoria y periódica (5).

A pesar de que la incidencia encontrada para la enfermedad pélvica inflamatoria no fue muy alta, es primordial recordar que se debe descartar la posibilidad de este diagnóstico en base a un adecuado interrogatorio que abarque todos los factores de riesgo, como lo son la menstruación reciente, vida sexual activa con múltiples parejas, compañero sexual con uretritis o enfermedad de transmisión sexual asintomática, antecedente de cuadros previos de enfermedad pélvica inflamatoria y la inserción reciente de dispositivo intrauterino en pacientes con cervicitis.

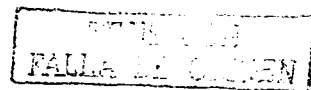
Así también, es básico la realización de exámenes que apoyen nuestro diagnóstico como lo son la biometría hemática completa, la VSG, proteína C reactiva, cultivo cervical para Neisseria gonorrhoeae y C. trachomatis (6).



Como se especificó anteriormente, 48 de nuestras adolescentes ameritaron tratamiento quirúrgico, realizándose laparotomía exploradora en la mayoría de los casos y en base a los hallazgos se procedió a salpingooforectomía en 10 casos; salpingectomía en 10 casos; resección de quiste en nueve y legrado uterino instrumentado en sólo un caso; tratándose de un aborto incompleto. Cabe mencionar que el método quirúrgico recomendado para el dolor abdominal agudo de origen ginecológico es hoy por hoy la laparoscopia, tanto de forma diagnóstica como terapéutica; , dado que cuenta con un valor predictivo positivo ene. Diagnóstico pre-operatorio alto; reportándose de hasta 91.3% para quistes de ovario como lo reportan Lopez Rivadeneyra y colaboradores en un estudio realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital American British Cowdray en la Ciudad de México (18).

Ello implicaría menor morbilidad en relación a herida quirúrgica, menor riesgo de infección y sobretodo, un menor costo a la familia, por lo que el contar en nuestro Hospital con una unidad laparoscópica y personal capacitado para su uso, se traduciría en un importante costo/beneficio y menor estancia hospitalaria. (18)

El contar con un reporte histopatológico adecuado es una parte significativamente importante en el complemento o en la confirmación diagnóstica, ya que ello traduce una mayor eficacia en el tratamiento indicado y principalmente nos garantiza el correcto seguimiento de las



pacientes, permitiendo así mismo el pronosticar y planear en relación al futuro de la salud reproductiva de las adolescentes.

En los 48 casos que se sometieron a procedimiento quirúrgico, tenían como hallazgo histopatológico patología ovárica en 22 casos; embarazo ectópico en 13 casos; hemoperitoneo en dos casos; un caso de aborto incompleto previamente comentado y un caso de salpingitis xantogranulomatosa bilateral.

Se realizó un análisis especial para la patología de ovario en base a su alta incidencia, encontrado seis casos de cistoadenoma seroso, el cual es un tumor que se origina en células epiteliales; la tasa de cáncer en estos tumores vá de 7.5 a 30% y tienden a presentar un mejor pronóstico que las adultas con tumores similares. Su tratamiento debe de incluir la conservación anatómica y de la función reproductora (11).

La necrosis por torsión anexial se reportó en cuatro casos y ésta fué secundaria a la presencia de tumores. Todas ellas fueron de anexo único, como se reporta más frecuente en la literatura (14).

Previamente comentamos en relación a los quistes foliculares, que por hallazgo histopatológico fueron tres casos.

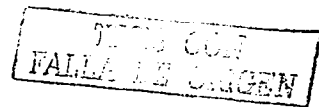
Se reportaron tres casos de Teratoma quístico; esta es la neoplasia más frecuente en adolescentes, son tumores benignos constituídos por tejidos bien diferenciados que provienen de endodermo, mesodermo y ectodermo. Estos fueron detectados asociados a dolor abdominal y habitualmente son descubiertos por hallazgo de exploración o en estudios de imagen (11).



A pesar de que la incidencia de la endometriosis ha ido en aumento principalmente por la mayor realización de laparoscopia de forma diagnóstica en el dolor abdominal de origen ginecológico, sólo se detectaron dos casos de quistes endometriósicos y en uno de los casos de embarazo ectópico roto se reporta adicionalmente puntos endometriósicos en la salpinge contralateral. Histológicamente la endometriosis se halla constituida por glándulas endometriales, corion citógeno, macrófagos con hemosiderina y tejido fibroso. (3)

Goldenstein y colaboradores encontraron endometriosis en 47% de 140 adolescentes sometidas a laparoscopia por dolor pélvico crónico (3). Resultados similares podrían reportarse si a nuestras pacientes que acuden a la consulta de adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico y que se encuentran en estudio, si se les realizara laparoscopia diagnóstica.

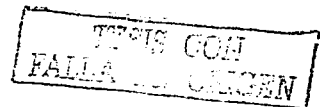
El embarazo ectópico fué la segunda causa reportada como hallazgo histopatológico, con un porcentaje importante de 27% de los casos; lo cual nos obliga a considerar el embarazo ectópico en toda adolescente con dolor pélvico de tipo agudo asociado, al antecedente de contar con vida sexual activa. De forma que se estudiaron los 17 casos, llegando a que la localización más frecuente fué en salpinge y a nivel ampular. En 14 casos se les realizó fracción beta y es importante recordar que este es un recurso fácil y accesible en nuestro medio para aplicarse cuando sospechamos el embarazo. El ultrasonido se realizó sólo en 11 casos, pero falta de acceso a



éste, no solo por cuestión económica de la paciente, sino que no se encuentra disponible las 24 horas. Y se corroboró el diagnóstico a través del reporte histopatológico en 13 casos, de los cuales 10 casos correspondieron a embarazos ectópicos no rotos y tres casos de embarazo ectópico roto. Estos últimos forman parte del grupo de gran complicación dada la hemorragia que implica por extravasación al peritoneo (3).

Hay que tener en cuenta que el tratamiento quirúrgico conservador o no, depende de la integridad de la salpinge, y que la complicación principal es el incremento en la incidencia de futuros embarazos ectópicos. Después de un embarazo ectópico, 66% de las pacientes fallan en el intento de un embarazo subsecuente y un tercio de las pacientes que conciben, tendrán solo un 64% de posibilidades de embarazo a término (13).

En cuanto a las complicaciones encontradas en nuestras pacientes, se reportaron sólo dos casos, uno de ellos correspondió a una adolescente de 16 años quién ingresa con diagnóstico de dolor abdominal de un día de evolución acompañado de hipertermia, disuria y vómito. Presentaba fracción beta positiva; sin embargo no se corroboró el embarazo. Por ultrasonografía se reportaba un quiste en ovario derecho y un ultrasonido hepático refería una imagen hipocóica en lóbulo hepático derecho; se le realizó laparotomía exploradora, encontrando como hallazgo quirúrgico líquido libre rojizo, el cual por histopatología reporta líquido peritoneal inflamatorio inespecífico. Dado que su patología no era ginecológica se

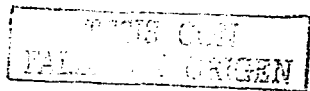


decide su traslado al Hospital General del Estado y requería manejo multidisciplinario.

El otro caso, fué una paciente de 18 años, quién presenta dolor abdominal de un día de evolución acompañado de vómito, disuria y tenesmo vesical. Se realizó ultrasonido pélvico que reportaba un útero involucionado con restos placentarios; así mismo se realiza ultrasonido hepático y renal reportándose normal. Se somete a laparotomía exploradora y se encuentra un absceso infectado y teratoma izquierdo; previamente había tenido un legrado uterino instrumentado y como complicación tuvo perforación uterina, que se confirmo en la laparotomía practicada; por lo que requirió de histerectomía. Finalmente, su evolución fue estable y se egresa por mejoría.

En relación a las condiciones de egreso, en el 95% de las adolescentes fue por mejoría, lo que implica que son infrecuentes las complicaciones cuando se ha realizado un diagnóstico adecuado, apoyado en un interrogatorio completo al aplicar los exámenes de laboratorio y estudios de gabinete apropiados, y con ello un tratamiento eficaz.

Como recordaremos, el dolor es un síntoma subjetivo y muchas veces puede ser la manifestación de un conflicto psico-emocional desencadenante, pero no por ello debemos subestimar al cuadro doloroso, ya que de esta forma ponemos en riesgo la salud reproductiva de nuestra paciente y de la misma forma no debemos sobre-valorarlo solicitando estudios innecesarios y traumáticos. Para ello el manejo interdisciplinario



será un recurso imprescindible para la resolución definitiva del problema

(5)-

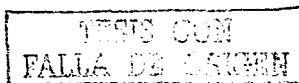
TIENE CON
FALLA DE ORIGEN

SUGERENCIAS

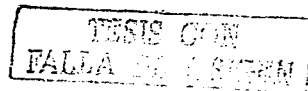
1. El manejo multidisciplinario y/o interdisciplinario de estas pacientes con la participación del ginecólogo, pediatra, psicólogo, trabajadora social y en caso necesario el apoyo de otras especialidades.
2. Dar orientación clara a la adolescente y familiares sobre su estado de salud, lo que implicará que se involucren y responsabilicen en el manejo y su seguimiento.
3. Dar seguimiento a las pacientes, mediante citas al hospital a primer nivel de atención y en caso de requerirse realizar visitas domiciliarias.
4. Implementar un equipo quirúrgico laparoscópico que mejore las posibilidades de diagnóstico en las pacientes con dolor pélvico crónico.

BIBLIOGRAFÍA

1. - Vidal A, Rico B, Ayusco M, Angulo J, Ruiz M, Murgüerza J, Sanz M. Dolor pélvico crónico: enfoque multidisciplinario. Rev. Soc. Esp. del Dolor. 2000; 7:375-389
- 2.- Barragán Pc, Cruz CA, Barragán PS, López MS. Dolor abdominal en el Servicio de Urgencias Pediátricas. Acta Pediatr Méx. 1997; 18(6): 257-262
- 3.- Dubcovsky J. Dolor pelviano. Generalidades. Abdomen agudo ginecológico. Algias pelvianas crónicas. En: Zeiguer B. Ginecología Infanto juvenil. Editorial Medica Panamericana: 1988: 233-249
- 4.- Hewitt GD, Brown. Dolor pelviano crónico en la Adolescente. The Female Patient.2000
5. - Wenning JB. Dolor pelviano crónico. En: Mc Anarney ER, Kreipe RE, Orr DR, Comerci GD. Medicina del adolescente. Editorial medica Panamericana. Buenos Aires Argentina. 1994: 711
- 6.- Pérez VC, Parra BC, Cuevas A. Enfermedad pélvica inflamatoria. Medicas. 1994; 2:99
- 7.-Lawson MA, Blythe MJ: Enfermedad inflamatoria pélvica. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Ginecología de la adolescente. Parte II: La adolescente con actividad sexual. Mc Graw-Hill Interamericana. 1999; 4: 813-828
- 8.- Wenning JB. Quistes y tumores del aparato genital. En: Mc Anarney ER, Kreipe RE, Orr DR, Comerci GD. Medicina del adolescente. Editorial medica Panamericana. Buenos Aires Argentina. 1994: 708-710



- 9.- Araujo NM. Dolor pélvico crónico. Clínica del dolor. Merck. 2000; 2:138-151
- 10.- Goldstein DP. Dolor pélvico agudo y crónico. Clínicas Pediátricas de Norteamérica Ginecología y Obstetricia en adolescentes. Interamericana. 1999; 3: 615-623
- 11.- Pfeifer SM, Gosman GG: Valoración de tumores anexiales en adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Ginecología de la adolescente. Parte I: Trastornos frecuentes. Mc Graw-Hill Interamericana. 1999; 4: 813-828
- 12.- Siegel MJ, Surratt JT. Iconografía ginecológica pediátrica. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Ginecología pediátrica y de la adolescentes. Interamericana. 1992; 1:111-135
- 13.- Neinstein LS: Ectopic Pregnancy. En: Neinstein LS. Adolescent Health Care. A Practical Guide. Urban & Schwarzenberg. 1991: 699-703
- 14.- Bachmann M, Murillo WJ, Rae E. Torsión de trompa de Falopio y/o ovario en niñas y adolescentes. Controversias en diagnóstico y tratamiento. Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv. 1998; 5(3): 89-92
- 15.- Mormandi JO: Infecciones del tracto genital superior. Enfermedad pelviana inflamatoria (EPI). Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv. 1999;6(3):132-149
- 16.- Bagnati E, Chávez S. Endometriosis en adolescencia. Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv., 1996; 3(1):17-21



17.- Sánchez MF; Cañada E; García MJ; Fernández PA: Resultados de la conducta expectante en quistes de ovario ecográficamente benignos. Prog

Obstet Ginecol. 1998; 41:603-613

18.- López RE. Utilidad diagnóstica y terapéutica de la cirugía laparoscópica en el abdomen agudo de origen ginecológico. Ginecología y

Obstetricia de México. Vol.66, sept. 1998:377-380.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN